

AGS
GROUP



SANTÉ MONACO

BULLETIN D'ADHÉSION • NOTICE D'INFORMATION SANTÉ • NOTICE D'INFORMATION D'ASSISTANCE • STATUTS AGIS

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ▪ ASSISTANCE



AGS
GROUP



CEGEMA

Siège social : 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex | www.cegema.com | S.A. de gestion et de courtage d'assurance au capital de 300 000 euros | Entreprise régie par le Code des assurances | ORIAS n° 07 001 328 - www.orias.fr | RCS Antibes B 378 966 485

Assureur : Swiss Life Prévoyance et Santé | Siège social : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret | S.A. au capital de 150 000 000 euros | Entreprise régie par le Code des assurances | RCS Nanterre 322 215 021

Dossier suivi par :

AGS GROUP

4 Boulevard de Cimiez
Le Majestic
06000 Nice

Code : BA7

☐ Nouvelle adhésion☐ Remplacement contrat n° _____☐ Avenant adhésion n° _____☐ Adhésion internet n° _____

ADHÉRENT

☐ Mme ☐ M.

Date d'effet souhaitée | | | | |

Nom :

Prénom :

Adresse : N° appart. :

N° entrée / Bât. / Imm. :

N° :

Avenue / Rue / Lieu-dit :

Code postal :

Ville :

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Union libre / Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve)

Téléphone | | | | | | | | | | Mobile | | | | | | | | | | E-mail | | | | | | | | | |

Régime social : ☐ CCSS ☐ CAMTI ☐ SPME Profession précise exercée :

Vous devez obligatoirement joindre au bulletin d'adhésion votre attestation d'affiliation.

PERSONNES À ASSURER

	Nom (en majuscule)	Prénom	Date de Naissance	N° d'immatriculation
Assuré 1				
Assuré 2				
1 ^{er} enfant				Ayant droit de : ☐ Assuré 1 ☐ Assuré 2
2 ^{ème} enfant				Ayant droit de : ☐ Assuré 1 ☐ Assuré 2
3 ^{ème} enfant				Ayant droit de : ☐ Assuré 1 ☐ Assuré 2
4 ^{ème} enfant				Ayant droit de : ☐ Assuré 1 ☐ Assuré 2
5 ^{ème} enfant				Ayant droit de : ☐ Assuré 1 ☐ Assuré 2

CHOIX DE LA GARANTIE

Formule : ☐ S1 ☐ S2 ☐ S3 ☐ S4 ☐ S5 ☐ S6Renfort Optique-Dentaire : ☐ OUI ☐ NON La cotisation du renfort s'applique à chaque assuré

OPTION ECO : Formules S2 à S6 uniquement. Cette option s'applique à chaque assuré.

☐ Oui, je souscris l'option ECO et je bénéficie ainsi de 5% de réduction sur le montant total de la cotisation (renfort inclus) pour la formule choisie. En contrepartie de cette réduction, les garanties suivantes, de façon indissociable, ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties souscrite : TV - Internet - Frais accompagnant, Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire (RO), Forfait Automédication - Prévention, et Cures thermales remboursées par le RO.

ADHÉSION RÉALISÉE A DISTANCE

Si cette adhésion a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance au sens de l'article L112-2-1 du Code des assurances, cochez la case ci-contre ☐

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est CEGEMA, l'organisme de gestion du contrat mentionné sur ce document.

Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par CEGEMA, et l'envoi de documents concernant les produits de CEGEMA, destinataire, avec ses mandataires, partenaires, l'association AGIS, assureurs et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein de Swiss Life Prévoyance et Santé, l'Assureur, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance.

Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à : CEGEMA - Service Informatique, 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à la même adresse à l'attention du Médecin Conseil. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

CEGEMA conserve les données que vous nous avez transmises dans le cadre des traitements liés à la gestion des contrats passés avec Swiss Life, ainsi que pendant les durées légales applicables après la fin des contrats.

Les données des clients ou non clients utilisées à des fins de prospection commerciale peuvent être conservées pendant un délai de trois ans à compter de la fin de la relation commerciale, soit à la date d'expiration d'un contrat, soit du dernier contact émanant du client ou du prospect.

Date d'échéance principale : 1 ^{er} janvier					Dates des prélèvements :	
Règlement :	☐ Annuel	☐ Semestriel	Prélèvement automatique	☐ OUI	☐ NON	☐ Le 5 du mois
	☐ Trimestriel	☐ Mensuel	Prélèvement automatique	☒ OUI		☐ Le 12 du mois

DÉTAIL DE LA COTISATION MENSUELLE			
	Formule	Renfort	TOTAL
Assuré 1			
Assuré 2			
1 ^{er} enfant			
2 ^{ème} enfant			
3 ^{ème} enfant			
4 ^{ème} enfant			
5 ^{ème} enfant			
TOTAL			€
TOTAL SI OPTION ECO -5%			€

DÉTAIL DE LA 1 ^{ère} COTISATION	
Total mensuel	€
Nombre de mois	
Montant de l'échéance selon périodicité	€
Frais de dossier	OFFERTS
Frais d'adhésion à l'association AGIS	7,00 €
Total 1 ^{ère} cotisation	€

ENCAISSEMENT D'UN ACOMPTÉ	
(Si oui, précisez le montant et le mode)	
☐ OUI	€
☐ NON	
☐ Carte bancaire	
☐ Chèque	

Je soussigné(e) l'Adhérent(e) :

- demande à adhérer à l'AGIS et au contrat SANTE MONACO,
- reconnais avoir été informé(e) que :
 - L'assureur se fonde, pour établir les relations précontractuelles, sur le Code des assurances.La loi applicable à la présente adhésion, régie par le Code des assurances, est la loi française.
- L'assureur, avec mon accord, s'engage à utiliser pendant toute la durée de mon adhésion la langue française.
- l'adhésion est conclue pour une durée minimale de 12 mois. À chaque échéance principale, elle est reconduite de plein droit d'année en année, sauf résiliation par moi ou l'assureur dans les conditions prévues par la loi, rappelées dans la Notice d'information du contrat attenante à cette demande d'adhésion.
- La date de conclusion de l'adhésion est indiquée sur le Certificat d'adhésion qui me sera adressé.
- déclare avoir :
 - Répondu en toute sincérité aux questions figurant sur la présente demande d'adhésion, et reconnais savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part pourra entraîner les sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances,
 - Pris connaissance des dispositions mentionnées à l'article "Art 21- Possibilité de Renonciation" de la Notice d'information du contrat attenante à cette demande d'adhésion et reconnais avoir été informé que je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de mon adhésion (date indiquée sur le Certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans les conditions et selon les modalités précisées dans ce même article.
 - Reçu la Notice d'information du contrat, la Notice d'information d'assistance ainsi que les statuts AGIS, tous trois attenants à cette demande d'adhésion et en avoir pris connaissance.
- accepte la télétransmission des décomptes, si le service est accessible pour la formule choisie, entre le ou les régimes obligatoires et l'assureur et / ou ses délégataires pour les assurés garantis dans le cadre de mon adhésion. En cas de refus, cochez la case ci-contre ☐
- dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance (au sens des articles L1122-1 du Code des assurances et L121-20-8 et suivants du Code de la consommation), je demande expressément l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion à compter de sa conclusion (date indiquée sur le Certificat d'adhésion).

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait le _____, à _____

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CEGEMA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CEGEMA. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Votre nom et prénom :

Votre adresse :

Code Postal :

Ville :

Votre compte :

[illegible]

Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN

Code international d'identification de votre banque - BIC

Nom du créancier : **CEGEMA**

Adresse : BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif ☒

ICS: FR30ZZZ390186

Signé à

le

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Signature du titulaire du compte

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

SOMMAIRE GÉNÉRAL

TABLEAU DES GARANTIES	2
EXEMPLES DE REMBOURSEMENT	3
NOTICE D'INFORMATION SANTÉ	4
NOTICE D'INFORMATION D'ASSISTANCE	14
STATUTS AGIS	25

TABLEAU DES GARANTIES SANTÉ MONACO

		S1	S2	S3	S4	S5	S6
Limite d'âge d'adhésion ▶		80 ans				65 ans	
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ⁽¹⁾							
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes)		100%	125%	150%	200%	300%	350%
Frais de séjour - Forfait journalier		frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Chambre Particulière		50 €/j	70 €/j	100 €/j	120 €/j	150 €/j	150 €/j
Exclu si ÉCO	TV, Internet, frais accompagnant (limités à 15 jours par an)	-	5 €/j	10 €/j	12 €/j	15 €/j	20 €/j
	Transport du malade (sauf cures)	100%	125%	150%	200%	300%	350%
Prime de naissance / adoption (si inscription du nouveau né) ⁽²⁾		-	130 €	160 €	190 €	220 €	250 €
MÉDECINE COURANTE ET COMPLÉMENTAIRE							
Consultations et visites généralistes, spécialistes, radiologie, actes techniques médicaux, échographie		100%	125%	150%	200%	250%	300%
Auxiliaires médicaux, laboratoire		100%	125%	150%	200%	250%	300%
Consultations des praticiens de la médecine complémentaire ⁽³⁾ non prises en charge par le RO (50 € par consultation maximum)		50 €/an	100 €/an	150 €/an	150 €/an	200 €/an	200 €/an
OPTIQUE ⁽⁴⁾							
Verres, montures, lentilles remboursées par le RO et opération de la myopie		100%	125%	150%	200%	250%	300%
+ forfait : monture, verres (quel que soit le type), lentilles remboursées ou non par le RO et opération de la myopie		125 € tous les 2 ans	175 € tous les 2 ans	225 € tous les 2 ans	250 € tous les 2 ans	300 € tous les 2 ans	350 € tous les 2 ans
+ forfait supplémentaire si verres complexes et/ou hypercomplexes		-	-	+ 50 € tous les 2 ans	+ 60 € tous les 2 ans	+ 70 € tous les 2 ans	+ 80 € tous les 2 ans
DENTAIRE							
Consultations, actes, soins, Inlay-Core, Onlay-Core, prothèses remboursés par le RO		100%	150%	200%	250%	300%	350%
Exclu si ÉCO	Orthodontie remboursée /semestre par le RO	-	150%	200%	250%	300%	350%
	Plafond dentaire pour les prothèses et l'orthodontie (hors consultations, actes, soins et dentaire non remboursé)						
1 ^{ère} et 2 ^{ème} année		-	800 €	1 000 €	1 200 €	1 400 €	1 600 €
années suivantes		-	1 600 €	1 800 €	2 000 €	2 200 €	2 400 €
Dentaire non remboursé (prothèses non remboursées, implantologie, parodontologie, orthodontie...)		-	50 €/an	100 €/an	150€/an	200 €/an	300 €/an
PHARMACIE							
Médicaments, vaccins et homéopathie remboursés par le RO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
PRÉVENTION et BIEN-ÊTRE							
Exclu si ÉCO	Forfait automédication ⁽⁵⁾ , prévention ⁽⁶⁾ : médicaments et actes prescrits ou non, non remboursés par le RO	Remboursement de 100% des frais engagés dans la limite de :					
	- vaccins : voyageurs, papilloma virus, gastro-entérite pour les enfants, pilule contraceptive...	-	50 €/an	75 €/an	100 €/an	125 €/an	150 €/an
Exclu si ÉCO	- prise en charge pour l'achat en pharmacie ou e-pharmacie d'un thermomètre, d'un glucomètre ou d'un autotensiomètre (connectés ou non)	-					
	Cures thermales remboursées par le RO	-	100% + 50 €/an	100% + 50 €/an	150% + 50 €/an	150% + 50 €/an	200% + 50 €/an
APPAREILLAGE (hors dentaire)							
Appareillage - orthopédie - prothèses auditives		100%	125%	150%	200%	250%	300%
SOINS À L'ÉTRANGER							
Soins engagés à l'étranger remboursés par le RO		100%	100%	125%	125%	150%	150%
VOS SERVICES CEGEMA							
CEGEMA ASSISTANCE 24h/24 - 7j/7		oui	oui	oui	oui	oui	oui
PRISE EN CHARGE MONACO selon accords avec hopitaux, opticiens, dentistes		oui	oui	oui	oui	oui	oui
TELETRANSMISSION des décomptes avec le RO		oui	oui	oui	oui	oui	oui
COMPTE PERSONNEL INTERNET www.cegema.com		oui	oui	oui	oui	oui	oui

RENFORT OPTIQUE-DENTAIRE	
Forfait supplémentaire Optique	50 €
Si pas consommé l'année précédente, forfait porté à :	100 €
Dentaire sur l'ensemble du poste (et hors plafonds)	+ 50%

OPTION ÉCO (FORMULES S2 À S6 UNIQUEMENT)
5% de réduction sur le montant total de la cotisation (renfort inclus). En contrepartie, les garanties indissociables indiquées au tableau des garanties par la mention Exclu si ÉCO ne sont plus prises en charge.

RO : Régime Obligatoire.

«Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement du Régime Obligatoire, y compris les remboursements du RO, dans la limite de la dépense réelle engagée.

En secteur non conventionné, la prise en charge des frais est égale à celle qui aurait été versée en secteur conventionné.»

Vos forfaits sont valables une fois par année d'assurance et par assuré.

(1) Hospitalisation en secteur non conventionné : les frais de séjour sont pris en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement de la C.C.S.S. et la chambre particulière est limitée à 50 € par jour.

(2) Pendant les 9 premiers mois de garantie, elle est versée au prorata du nombre de mois complets assurés sous réserve que l'enfant soit assuré au contrat durant les 2 mois suivants sa naissance.

(3) Ostéopathes, Psychologues, Diététiciens, Pédiatres, Podologues, Acupuncteurs, Homéopathes, Chiropracteurs, Étioopathes, Mésothérapeutes, Naturopathes, Réflexologues, Sexologues, Sophrologues

(4) Un équipement optique (2 verres + monture) par assuré tous les 2 ans à compter de la date d'effet, rapporté à 1 an si évolution de la vue ou mineur. Monture prise en charge dans le forfait à hauteur de 150 € maximum.

(5) Forfait automédication : médicaments non prescrits, non remboursés par le RO (allergies, douleurs et migraines, toux et maux de gorge, brûlures d'estomac, constipation, diarrhée, jambes lourdes, crises hémorroïdaires, règles douloureuses et mycoses vaginales).

(6) Forfait prévention : médicaments, actes et vaccins prescrits, non remboursés par le RO (Dépistage de l'ostéoporose, du cancer du colon, du cancer du col de l'utérus, des infections génitales par le Chlamydiae trachomatis, de la polyarthrite rhumatoïde, veïnotoniques, médicaments anti-grippaux, substituts nicotiniques, vaccins recommandés aux voyageurs, antipaludéens, vaccins contre le Papilloma virus, la varicelle, le pneumocoque, gastro-entérites pour les enfants, oméga 3, curetage sous gingival, pose de vernis fluoré et dentifrice au statut de médicament, pose et dépose du holter tensionnel, bas de contention, pilules contraceptives, psoriasis, acné).

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT SANTÉ MONACO

(toutes cartes confondues)

	Frais réels	Votre régime obligatoire monégasque		S1	S2	S3	S4	S5	S6
Consultation chez un généraliste, sans dépassement d'honoraires	28,80 €	23,04 €		5,76 €	5,76 €	5,76 €	5,76 €	5,76 €	5,76 €
				0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Consultation chez un spécialiste, avec dépassement d'honoraires (secteur 2) sur avis de votre médecin traitant	60 €	30,72 €		7,68 €	17,28 €	26,88 €	29,28 €	29,28 €	29,28 €
				21,60 €	12 €	2,40 €	0 €	0 €	0 €
Chirurgie : opération de l'appendicite	488 €	187,89 €		0 €	46,97 €	93,95 €	187,89 €	300,11 €	300,11 €
				300,11 €	253,14 €	206,17 €	112,22 €	0 €	0 €
Chambre particulière en secteur conventionné	60 €/jour	0 €		50 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
				10 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Lunettes : monture + verres simples pour 2 ans	250 € verres : 100 € monture : 150 €	85 € verres : 45 € monture : 40 €		146,20 €	165 €	165 €	165 €	165 €	165 €
				18,80 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Lunettes : monture + verres complexes pour 2 ans	500 € verres : 350 € monture : 150 €	116 € verres : 76 € monture : 40 €		154 €	240,25 €	376,50 €	384 €	384 €	384 €
				230 €	143,75 €	7,50 €	0 €	0 €	0 €
Pose d'une prothèse dentaire codifiée «D 50» remboursée par le RO ⁽¹⁾	800 €	202,40 €		50,60 €	177,10 €	303,60 €	430,10 €	556,60 €	597,60 €
				547 €	420,50 €	294 €	167,50 €	41 €	0 €
Orthodontie remboursée par le RO pour 1 semestre (honoraires libres) pour un enfant de 16 ans	500 €	455,40 €		–	44,60 €	44,60 €	44,60 €	44,60 €	44,60 €
				44,60 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Consultation d'un ostéopathe	50 €	0 €		50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
				0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Automédication : 1 boîte de paracétamol + 1 boîte de pastilles pour la gorge + 2 boîtes d'antihistaminique <u>sans ordonnance</u> Prévention : vaccins recommandés aux voyageurs, Papilloma Virus, antipaludéens, gastro-entérites pour les enfants, pilule contraceptive, thermomètre, glucomètre ou autotensiomètre (connectés ou non) achetés en pharmacie ou e-pharmacie	23,23 €	0 €		0 €	23,23 €	23,23 €	23,23 €	23,23 €	23,23 €
				23,23 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Pose de prothèses auditives (2 prothèses)	3 000 €	1 280 €		320 €	720 €	1 120 €	1 720 €	1 720 €	1 720 €
				1 400 €	1 000 €	600 €	0 €	0 €	0 €

LEXIQUE	5
PRÉAMBULE	6
ART.1 - OBJET DU CONTRAT	6
ART.2 - NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT	6
ART.3 - QUI PEUT ADHÉRER AU CONTRAT ?	6
ART.4 - PERSONNES ASSURÉES ET ÂGE LIMITE D'ADHÉSION	6
ART.5 - EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION	6
ART.6 - CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DÉLAI D'ATTENTE	6
ART.7 - TERRITORIALITÉ	7
ART.8 - LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS	7
8.1 - Les exclusions générales	7
8.2 - Les exclusions relatives à la nature de l'établissement ou du service	7
8.3 - Les exclusions relatives aux Hospitalisations et traitements suivants	7
8.4 - Limitations	7
ART.9 - VOS DÉCLARATIONS	7
9.1 - à l'adhésion	7
9.2 - En cours d'adhésion	8
9.3 - Les autres documents à nous transmettre	8
9.4 - Validité de vos déclarations	8
ART.10 - VOS COTISATIONS	8
10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations	8
10.2 - La variation de vos cotisations	8
10.3 - Le paiement de vos cotisations	8
10.4 - Le non-paiement de vos cotisations	8
ART.11 - LA MODIFICATION DE VOS GARANTIES	8
ART.12 - MODIFICATION DU CONTRAT	8
ART.13 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?	8
VOTRE GARANTIE SANTÉ	8
LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ PROPOSÉS	9
ART.14 - COMMENT OBTENIR LE RÈGLEMENT DE VOS PRESTATIONS	10
ART.15 - RÉSILIATION	10
15.1 - L'adhésion peut être résiliée	10
15.2 - Dispositions particulières relatives aux Adhérents qui perdent leur qualité d'Assuré social au Régime Obligatoire monégasque	10
15.3 - Les modalités de la résiliation	11
15.4 - Les conséquences de la résiliation	11
15.5 - Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation	11
ART.16 - PRESCRIPTION	12
ART.17 - SUBROGATION	12
ART.18 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	12
ART.19 - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	13
ART.20 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE	13
ART.21 - POSSIBILITÉ DE RENONCIATION	13

Notice d'information relative aux contrats collectifs à adhésion facultative SANTE MONACO n° A 5491 0001 et A 5491 0002 ou n° A 5525 0001 et A 5525 0002 (contrat SANTE MONACO FRANCE Madelin) ou n° A 5525 0003 et A 5525 0004 (contrat SANTE MONACO FRANCE Non Madelin) souscrits par l'AGIS (Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité, association loi 1901, déclaration à la préfecture de Paris n° 546967P - Siège : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret) auprès de Swiss Life Prévoyance et Santé, l'Assureur, entreprise régie par le Code des assurances - S.A. au capital de 150 000 000 euros - Siège : 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret - RCS Nanterre 322 215 021.

Il a été développé et négocié par CEGEMA – S.A. de gestion et de courtage d'assurances au capital de 300 000 euros - RCS Antibes B 378 966 485 - N° Orias 07 001 328 www.orias.fr - Siège : 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre – BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet, qui le :

- distribue à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires
- et en assure la gestion par délégation de l'Assureur.

LEXIQUE

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessous a, lorsqu'il (elle) est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

Adhérent :

La personne signant la demande d'adhésion au contrat d'assurance souscrit par CEGEMA ou l'Association et désignée au Certificat d'adhésion. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

Accident :

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

Assuré :

La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au Certificat d'adhésion.

Année d'assurance :

Période de 12 mois successifs à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion.

Base de Remboursement (BR) :

L'ensemble des tarifs de base utilisé par le Régime Obligatoire pour le calcul de ses remboursements. On parle de :

- Tarif Conventionnel (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance Maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention.
- Tarif d'Autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de Base de Remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance Maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.

Certificat d'adhésion :

Document envoyé à l'Adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il mentionne la formule de garanties souscrite et le montant de la cotisation.

Conclusion de l'adhésion :

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion correspond à la date indiquée au Certificat d'adhésion.

Conjoint :

On entend par Conjoint :

- L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
- Le partenaire lié à un Pacs (Pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article L515-1 du Code civil ;
- Le concubin(e) de l'Adhérent ; en cas de concubinage, l'Assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

Délai d'attente :

Période durant laquelle les Garanties ne sont pas encore en vigueur, tout événement survenant pendant le Délai d'attente ne sera pas

garanti. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au Certificat d'adhésion.

Dépassement d'honoraires :

La partie des honoraires dépassant la Base de Remboursement du Régime Obligatoire d'assurance Maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Domicile :

Lieu de résidence principale de l'Adhérent mentionné sur le Certificat d'adhésion.

Échéance principale :

Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'Année d'assurance à venir.

Enfants :

Sont considérés comme tels les Enfants à charge de l'Adhérent ou du Conjoint, à condition toutefois :

- Qu'ils soient à leur charge au sens du Régime Obligatoire
 - Qu'ils aient moins de 28 ans et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par le régime de leurs parents ou le Régime Obligatoire des étudiants, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou
 - Qu'ils aient moins de 26 ans, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des formations, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (Salaire minimum interprofessionnel de croissance)
 - Ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.
- L'Assureur se réserve le droit de demander des justificatifs.

Forfait annuel dentaire non remboursé par le Régime Obligatoire :

Forfait exprimé par Assuré par Année d'assurance pour tous les produits et prestations dentaires non remboursés par le Régime Obligatoire d'assurance Maladie tels que les implants, prothèses et la parodontologie. Le montant de ce forfait n'entre pas en compte dans le calcul du Plafond dentaire par Année d'assurance et par Assuré.

Garantie :

Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles des renforts éventuellement souscrits, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la Garantie.

Hospitalisation :

Séjour en qualité de patient dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé) d'au moins 24 heures consécutives dû à une Maladie ou un Accident. A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de l'Assureur peut avoir accès. **Les Hospitalisations non recommandées par un**

médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une Maladie ou d'un Accident, ainsi que les Hospitalisations à Domicile ne sont pas couvertes.

Nullité :

C'est l'annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale.

Plafonds dentaires :

Montant maximum remboursé par Année d'assurance, par Assuré, exprimé par formule de garanties choisie. Les remboursements des consultations, actes et soins dentaires et le forfait dentaire non remboursé ne rentrent pas dans le calcul du Plafond dentaire. Pour les contrats responsables n° A 5525 0001 et A 5525 0002 (Madelin) ou n° A 5525 0003 et A 5525 0004 (Non Madelin), lorsque le Plafond dentaire est atteint, les actes dentaires remboursés par le Régime Obligatoire sont pris en charge à 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Régime Obligatoire (RO) :

Régime Obligatoire d'assurance Maladie auquel l'Assuré est automatiquement rattaché en fonction de sa situation personnelle. En tant que salarié ou TNS monégasque vous êtes rattaché aux Caisses Sociales de Monaco dénommée ci-après Régime Obligatoire. En tant que salarié, TNS ou Exploitant agricole français vous êtes rattaché à l'un des régimes obligatoires français dénommé ci-après "Régime Obligatoire".

Ticket Modérateur (TM) :

Différence entre les tarifs de base pris en compte par le Régime Obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Transport :

Le Transport sanitaire du malade ou de l'Accidenté, de son Domicile ou du lieu de l'Accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'Assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Verres complexes :

Foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 ou à verres multifocaux ou progressifs.

Verres hypercomplexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

Verres mixtes :

Verres avec au moins un verre complexe ou hypercomplexe.

Verres simples :

Foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

PRÉAMBULE

Votre adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment par le Code des assurances. En accord avec l'association AGIS, CEGEMA et vous-même, nous nous engageons à utiliser la langue française.
- constituée des éléments suivants :
 - La présente Notice d'information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des Garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements.
 - Le Certificat d'adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des Garanties effectivement souscrites.
 - Le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé.

ART.1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat SANTE MONACO a pour objet de permettre à l'Adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à une Maladie, un Accident ou une Hospitalisation. Cette Garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhérent.

ART.2 - NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

La Garantie est viagère dès sa prise d'effet.

C'est un **"contrat solidaire"**. Par 'contrat solidaire', on entend un contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées et pour lequel aucun questionnaire médical n'est demandé aux Assurés ni lors de la souscription ni de l'adhésion.

ART.3 - QUI PEUT ADHÉRER AU CONTRAT ?

Pour adhérer au contrat, vous devez :

- être majeur,
- être assujéti à un Régime Obligatoire, en tant qu'Assuré social ou ayant droit,
- respecter l'âge limite d'adhésion précisé dans l'article 4.

ART.4 - PERSONNES ASSURÉES ET ÂGE LIMITE D'ADHÉSION

L'Adhérent, et s'ils sont désignés au Certificat d'adhésion, son Conjoint, ses Enfants à charge (au sens du Régime Obligatoire). Les Assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès du Régime Obligatoire en tant qu'Assuré social ou ayant droit.

Âge limite d'adhésion lors de la prise d'effet des Garanties :

- 80 ans pour les formules S1 à S4
- 65 ans pour les formules S5 et S6.

La tarification enfant s'applique jusqu'aux 20 ans inclus de l'« enfant ». Pour la détermination de l'âge de l'Assuré, nous prenons celui de l'Assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

ART.5 - EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1^{er} janvier de chaque année (Échéance principale) sauf dénonciation par vous, nous, ou le souscripteur du contrat dans les conditions mentionnées à l'article 15 : "Art.15 - Résiliation". Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

ART.6 - CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DÉLAI D'ATTENTE

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée au Certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent.

La Garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le Certificat d'adhésion à l'égard de chaque personne assurée.

Délai d'attente : aucun

Prime naissance/adoption : quelle que soit la formule retenue, pendant les 9 premiers mois de garantie, elle est versée au prorata du nombre de mois complets assurés à la date de naissance de l'enfant et si la demande d'adhésion au contrat de l'enfant est demandée dans les deux mois qui suivent sa naissance.

Option ÉCO : au moment de l'adhésion, vous avez la possibilité de souscrire l'option ÉCO afin de choisir la formule la mieux adaptée à votre situation. Seuls les contrats n° A 5491 0001 et n° A 5491 0002 peuvent souscrire cette option.

Cette option s'applique sur les formules S2 à S6 et permet de réduire de 5% le montant total de la cotisation du contrat pour la formule choisie (renforts inclus). Elle concerne la totalité des Assurés désignés au Certificat d'adhésion sur le bloc indissociable de garanties mentionnées ci-dessous :

- TV, Internet, frais accompagnant (limités à 15 jours par an),
- Orthodontie remboursée par semestre par le Régime Obligatoire,
- Forfait automédication (médicaments non prescrits), prévention (médicaments et actes prescrits, non remboursés par le RO) et
- Cures thermales remboursées par le Régime Obligatoire.

En contrepartie de cette réduction, les Garanties concernées par l'option et mentionnées ci-dessus, ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties souscrite par l'Adhérent.

Vous conservez la possibilité de résilier ou de souscrire à l'option ÉCO à l'issue de la première année et de 12 mois complets d'assurance après votre adhésion ou de votre dernière modification de formule de garanties moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque Échéance principale fixée au 1^{er} janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.

Suite à la première adhésion de l'option, toute résiliation sera définitive. Toute nouvelle adhésion à cette option est exclue.

ART.7 - TERRITORIALITÉ

La Garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ ou d'Hospitalisation de votre contrat s'exerce à Monaco et en France métropolitaine. Elle s'étend aux Accidents, aux Maladies et aux Hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le Régime Obligatoire de l'Assuré s'applique et que les séjours en dehors du territoire français et de la Principauté Monégasque ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs reprises. Le règlement des prestations est toujours effectué en France ou à Monaco et dans la monnaie légale de l'Etat français.

ART.8 - LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS

8.1 - Les exclusions générales :

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

- d'un acte intentionnel de la part de l'Assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente,
- de l'ivresse, de l'éthylisme, de la démence, d'usage de drogues et stupéfiants non médicalement prescrits ou de la toxicomanie de l'Assuré,
- de la pratique par l'Assuré de tout sport à titre professionnel ou à titre amateur avec compétition au niveau national ou international ainsi que les entraînements y afférent ou de sa participation à des paris ou tentatives de record,
- de la pratique de sports mécaniques ou aériens (ainsi que l'alpinisme et la spéléologie),
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'Assuré à des opérations militaires, y compris les Maladies médicalement constatées ou Accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures à un mois, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense), à des actes de terrorisme ou sabotages,
- de cataclysmes,
- 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).

8.2 - Les exclusions relatives à la nature de l'établissement ou du service :

Nous ne garantissons pas l'indemnisation relative aux frais engagés et/ou Hospitalisation pour le séjour dans les établissements ou services suivants :

- les Hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long et moyen séjour,
- les frais de voyage et de séjour en établissement thermal, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérisme, home d'enfants,
- de gériatrie, de retraite et les séjours dans les hospices ou les centres hospitaliers pour les personnes âgées dépendantes.

8.3 - Les exclusions relatives aux Hospitalisations et traitements suivants :

Nous ne garantissons 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 CEGEMA 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, diététique (Hospitalisation et traitements), rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites,
- les Maladies médicalement constatées ou Accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures à un mois,
- les traitements par psychanalyse.

8.4 - Limitations :

- Pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, psychiatrie ou neuropsychiatrie, la chambre particulière pour la formule choisie est limitée à 30 jours par an et par Assuré.
 - Pour les séjours de diététique, la chambre particulière est exclue.
 - Pour les consultations de psychiatrie ou neuropsychiatrie : la prise en charge de ces consultations à hauteur des garanties précisées dans le tableau des garanties pour la formule de garanties retenue est limitée à 6 par an et par Assuré. Au-delà, pour les Assurés rattachés au Régime Obligatoire français, et dans le respect du parcours de soins coordonné uniquement, la prise en charge de ces consultations sera limitée à 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.
 - Par ailleurs, les frais d'Hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques seront limités pour chaque personne assurée à 90 jours pour toute la durée de vie de l'adhésion.
- En aucun cas le versement de prestations, même effectué à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation de l'Assuré à l'une des exclusions de garanties prévues au contrat.

Si les exclusions et limitations décrites en 8.1, 8.2, 8.3 et 8.4 devaient donner lieu à des soins pris en charge par la Sécurité sociale, les frais en découlant seraient pris en charge pour les contrats responsables n° A 5525 0001 et A 5525 0002 (Madelin) ou n° A 5525 0003 et A 5525 0004 (Non Madelin) et des conditions prévues à l'article 15.2.

ART.9 - VOS DÉCLARATIONS

9.1 - À l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garanties proposées dans le cadre du contrat Santé Monaco vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la

situation personnelle des personnes à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre Certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

9.2 - En cours d'adhésion

Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'adhésion,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des Assurés au Régime Obligatoire,
- les changements de Domicile ou la fixation du Domicile en dehors de la France métropolitaine ou de la Principauté monégasque.
- pour tout nouvel Assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion, procéder aux déclarations prévues dans le cadre de votre adhésion. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'Adhérent et les éventuels Assurés lors de l'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, 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.

9.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

9.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la Garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à CEGEMA par lettre recommandée conformément à l'article L113-2 du Code des assurances ou à défaut confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire CEGEMA (ou nous) en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

ART.10 - VOS COTISATIONS

10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le Certificat d'adhésion.

Il est déterminé en fonction de la formule de garanties choisie, de l'âge des Assurés et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du Régime Obligatoire dont ils relèvent lors de la prise d'effet des Garanties et du Domicile de l'Adhérent.

En cours d'adhésion :

- En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2 % par an jusqu'à l'âge de 60 ans, de 61 à 65 ans 3%, de 66 à 80 ans 3,5% et 4% à partir de 81 ans.
- En cas d'ajout d'un nouvel Assuré, la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa Garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau Certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.
- Votre cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des Assurés.

Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, nous prenons en compte l'âge de l'Assuré au 31 décembre de l'année en cours.

10.2 - La variation de vos cotisations

En dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des Assurés, lors de chaque Échéance principale, votre cotisation, pourra évoluer du fait de la réalisation d'un ou plusieurs des événements mentionnés ci-dessous :

- Evolution du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale Française d'Assurance Maladie des travailleurs salariés,
- En cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de Garanties
- Immédiatement et automatiquement ou alors à l'Échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et/ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

10.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance à CEGEMA. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le Certificat d'adhésion.

10.4 - Le non-paiement de vos cotisations

À défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, nous pourrions, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier Domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Vos Garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du Code des assurances).

ART.11 - LA MODIFICATION DE VOS GARANTIES

L'Adhérent peut modifier ses Garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et sous réserve d'acceptation de la compagnie **et dans la limite des conditions de l'option ÉCO définies à l'article 6.**

ART.12 - MODIFICATION DU CONTRAT

CEGEMA, l'Association et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser le présent contrat. Toute modification des droits et obligations des Adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des Adhérents au présent contrat, selon les dispositions de l'article L.141-1-4 du Code des assurances.

L'Adhérent peut résilier son adhésion en raison de ces modifications sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la date de la modification. Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées.

ART.13 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

VOTRE GARANTIE SANTÉ

- Notre participation en tant qu'Assureur, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'Assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa Garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé au Certificat d'adhésion pour la formule de garanties retenue, dans la limite des montants qui sont indiqués.

- Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garanties choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.
- La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond :
 - à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci),
 - aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.

En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garanties.

- Nos remboursements viennent en complément de ceux du Régime Obligatoire, et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les Assurés pourraient être garantis.
- Vous ne pourrez percevoir pour vous-même ou pour les membres de votre famille assurés, un remboursement supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur le bordereau ou sur la feuille de soins du Régime Obligatoire et le cas échéant sur les factures des professionnels de santé lorsque les frais en cause garantis ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire. Cette limitation ne s'applique pas à l'indemnité forfaitaire prévue en cas de maternité.
- Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB) ou de la liste des actes et soins remboursés et diffusée par le Régime Obligatoire.
- À l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des Assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'État français.
- Certains frais non pris en charge par le Régime Obligatoire, peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au Certificat d'adhésion.

- Cas particulier des praticiens de la Médecine complémentaire : Séances effectuées par des acupuncteurs, chiropracteurs, pédicures, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues et sophrologues. Ces actes non pris en charge par le Régime Obligatoire sont pris en charge dans la limite du montant par consultation et celle du forfait annuel (par Année d'assurance) précisées dans la formule de garanties souscrite du tableau des Garanties. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

- Cas particulier du forfait Optique : le forfait Optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 années d'assurance et par Assuré. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour les mineurs, le forfait Optique s'applique pour un équipement par Année d'assurance et par Assuré. La prise en charge de la monture est limitée à 150 euros.

Dans les autres cas, le forfait mentionné au tableau des garanties ne sera versé que tous les deux ans. Le délai de deux ans s'entend à compter de la date d'effet du contrat.

- Cas particuliers du renfort Optique-Dentaire :

- Cas du forfait supplémentaire Optique :

Forfait supplémentaire pour l'ensemble du poste Optique (verres

(quel que soit le type de verres), monture, lentilles remboursées par le RO, opération de la myopie). Lorsqu'aucun remboursement d'optique n'a été réalisé au cours d'une Année d'assurance, une partie du forfait optique est reportée l'Année d'assurance suivante. Ce report ne se cumule pas d'année en année.

Pour les contrats Santé Monaco France n° A 5525 0001 et A 5525 0002 (Madelin) ou n°A 5525 0003 et A 5525 0004 (Non Madelin), le forfait supplémentaire est valable uniquement sur l'équipement optique (2 verres + monture), il ne vient en complément du forfait optique que tous les deux ans et suivant la même périodicité que le forfait relatif à la formule souscrite. La prise en charge de la monture reste limitée à 150 euros.

- Cas du remboursement supplémentaire Dentaire dans le renfort Optique – Dentaire :

Remboursement supplémentaire pour l'ensemble du poste Dentaire. Il ne rentre pas dans le calcul du plafond.

- Cas particulier du forfait global incluant automédication, prévention, vaccins non remboursés par le RO et de l'achat de certains objets de santé :

Automédication :

Certains médicaments non remboursés non prescrits délivrés par des pharmaciens sont remboursés à hauteur de 100% des dépenses réelles dans la limite annuelle (par Année d'assurance) du forfait global précisée dans la formule de garanties souscrite.

Prévention :

Certains honoraires, médicaments, actes de prévention et vaccins, prescrits et non remboursés par le Régime Obligatoire sont remboursés à hauteur de 100% des dépenses réelles dans la limite annuelle (par Année d'assurance) du forfait global précisée dans la formule de garanties souscrite.

Achat en pharmacie d'un thermomètre ou glucomètre ou autotensiomètre, connecté ou non :

Ils sont remboursés à hauteur de 100% des dépenses réelles dans la limite annuelle (par Année d'assurance) du forfait précisée dans la formule de garanties souscrite.

Pour connaître les classes de médicaments concernées par l'automédication et identifiées par leur Dénomination Commune Internationale (DCI) et pour connaître la liste exhaustive des médicaments, vaccins, actes et honoraires remboursables, les Assurés peuvent se rapprocher de leur Centre de Gestion CEGEMA.

- Cas particulier des Cures thermales :

Il s'agit des cures thermales prises en charge par le Régime Obligatoire et effectuées dans des stations thermales conventionnées par le Régime Obligatoire. Elles sont remboursées à hauteur des frais engagés sur présentation des justificatifs dans la limite du forfait annuel (par Année d'assurance) selon la Garantie choisie, pour une cure thermique telle que définie ci-dessus.

- Soins engagés à l'étranger :

Les frais sont pris en charge s'ils sont remboursés par le Régime Obligatoire, s'ils ont un caractère urgent et s'ils surviennent au cours de séjours à l'étranger (sans dépasser 3 mois par an).

LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ PROPOSÉS

• **Tiers payant :** si ce service est prévu dans le tableau des garanties, une carte de tiers payant peut être délivrée à l'Adhérent par CEGEMA lors de la mise en place des Garanties afin de permettre aux Assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, CEGEMA pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des Garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

- **Les Services d'Assistance Santé** : s'ils sont mentionnés sur le tableau des garanties pour la formule de garanties retenue, les Assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de vos Garanties assistance sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

ART.14 - COMMENT OBTENIR LE RÈGLEMENT DE VOS PRESTATIONS

Les documents que vous devez transmettre pour le remboursement des dépenses de santé :

Lorsque l'Assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec le Régime Obligatoire, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à nous transmettre sont les suivants :

- **Hospitalisation** : l'original du décompte du Régime Obligatoire ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.
- **La médecine courante, la pharmacie, les frais de Transport, les prothèses et les appareillages (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques,...)** : l'original du décompte du Régime Obligatoire.
- **Le dentaire** : l'original du décompte du Régime Obligatoire. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.
- **L'optique** : l'original du décompte du Régime Obligatoire, la facture détaillée acquittée établie par l'opticien et la copie de l'ordonnance.
- **Les praticiens de la Médecine complémentaire** : la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.
- **La maternité** : pour obtenir le paiement de l'indemnité forfaitaire de maternité, la demande d'adhésion au contrat de l'enfant de l'Adhérent doit intervenir dans les deux mois qui suivent sa naissance en complément d'un extrait d'acte de naissance.
- **L'automédication** : la facture détaillée de l'officine présentant la Dénomination Commune Internationale (DCI) du médicament.
- **La prévention** : la prescription médicale et la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.
- **Les vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire** : la prescription médicale et la facture détaillée du pharmacien.
- **L'achat d'un thermomètre, d'un glucomètre ou d'un autotensiomètre (connectés ou non)** : la facture détaillée de l'officine.
- **Soins à l'étranger** : le décompte du Régime Obligatoire accompagné de la copie des factures.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, CEGEMA pourra être amené à demander aux Assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à CEGEMA dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. Ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

Contrôle des dépenses – Contrôle médical :

L'Assureur se réserve la possibilité de demander aux Assurés :

- tous renseignements ou documents dont nous jugerions utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'Assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de CEGEMA.
- de se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'Assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'Accident ou la Maladie en cause.

Arbitrage :

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'Assuré et nous, 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'Adhérent, 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.

ART.15 - RÉSILIATION

15.1 - L'adhésion peut être résiliée :

PAR L'ADHÉRENT :

À l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque Échéance principale fixée au 1^{er} janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.

IMPORTANT : reconduction tacite des contrats : conformément à l'article L113.15.1 du Code des assurances, ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Chatel).

- Dans les trois mois suivant le changement de Domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité professionnelle de l'Adhérent, lorsque l'adhésion a pour objet la Garantie de risques en relation DIRECTE avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle. La résiliation prendra effet un mois après la réception de la demande de résiliation.

DE PLEIN DROIT :

En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

15.2 - Dispositions particulières relatives aux Adhérents qui perdent leur qualité d'Assuré social au Régime Obligatoire monégasque

En cas de perte de la qualité d'Assuré social de l'Adhérent auprès du Régime Obligatoire monégasque, l'adhésion sera résiliée. Cependant, l'Adhérent peut demander la modification de son adhésion pour que celle-ci complète les remboursements de son Régime Obligatoire français. Dans ce cas, l'Adhérent adhère au contrat n° A 5525 0001 et A 5525 0002 (Madelin) ou n° A 5525 0003 et A 5525 0004 (Non Madelin) et accepte la Garantie proposée et la cotisation afférente précisées au Certificat d'adhésion qu'il recevra. Ce contrat est régi par la présente Notice d'information et respecte l'ensemble des Dispositions du cahier des charges du contrat dit « Responsable ».

Par contrat « responsable », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application. À ce titre, en termes de garanties il doit prévoir des règles et interdictions de prise en charge.

RÈGLES DE PRISE EN CHARGE

Le contrat doit :

- prendre en charge le Ticket Modérateur pour tous les actes prévus à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion :
 - des médicaments remboursés par l'assurance Maladie, à hauteur de 30 % ou 15 % du tarif de la Sécurité sociale,
 - de l'homéopathie,
 - des cures thermales.
- prendre en charge, sans limitation de durée, l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la

Sécurité sociale (sauf en établissements médico-sociaux).

- respecter le plafond prévu en cas de dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux n'ayant pas souscrit à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO), anciennement libellée Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

- La prise en charge ne pourra pas dépasser la plus petite des deux limites suivantes : 100 % du tarif de responsabilité et le montant de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins souscripteurs minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité.

- respecter un plafond et un plancher de remboursement sur les frais d'optique.

- permettre à l'Assuré de pouvoir bénéficier, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, du mécanisme de tiers payant sur les Garanties prévues pour les contrats responsables.

Les Garanties de votre contrat sont conformes avec ces dispositions. En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les Garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de votre part (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances).

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais dans le cadre des obligations de couverture précisées ci-dessus.

INTERDICTION DE PRISE EN CHARGE

- Il ne peut pas prendre en charge la majoration du Ticket Modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.

- Il ne peut pas prendre en charge la participation forfaitaire et la franchise médicale prévues à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

- Il doit laisser à la charge des Assurés une part forfaitaire sur le Dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

- En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les Garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des Adhérents.

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Si les exclusions et limitations décrites aux articles 8.1, 8.2, 8.3 et 8.4 devaient donner lieu à des soins pris en charge par le Régime Obligatoire, les frais en découlant seraient pris en charge pour les contrats responsables n° A 5525 0001 et A 5525 0002 (Madelin) ou n° A 5525 0003 et A 5525 0004 (Non Madelin), à hauteur des participations minimales précisées à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale en cas de :

- survenance d'un des événements mentionnés aux 8.1 et 8.2,
- dépassement des limitations de prise en charge prévues au 8.4.

Lexique spécifique aux contrats responsables n° A 5525 0001 et A 5525 0002 (Madelin) ou n° A 5525 0003 et A 5525 0004 (Non Madelin) :

Catégories de médecins :

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les Régimes Obligatoires d'assurance Maladie.

- **Médecin conventionné en secteur 1** : il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la Base de Remboursement du Régime Obligatoire.

- **Médecin conventionné en secteur 1 avec Dépassement Permanent (DP)** : en raison de ses titres, il a reçu l'autorisation

de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

- **Médecin conventionné en secteur 2** : il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

- **Médecin conventionné ayant souscrit à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)** : En souscrivant à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (anciennement Contrat d'Accès aux Soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

- **Médecin non conventionné** : il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Franchise médicale :

Cette franchise s'applique uniquement aux contrats responsables n° A 5525 0001 et A 5525 0002 (Madelin) ou n° A 5525 0003 et A 5525 0004 (Non Madelin). En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'Assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'Aide médicale de l'Etat, des femmes enceintes durant toute la durée de leur grossesse).

Elle s'élève à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments délivrée en ville ;
- 0,50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour ;
- 2 euros par Transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne. Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

Plafonds dentaires :

Montant maximum remboursé par Année d'assurance, par Assuré, exprimé par formule de garanties choisie. Les remboursements des consultations, actes et soins dentaires et le forfait dentaire non remboursé ne rentrent pas dans le calcul du Plafond dentaire. Pour les contrats responsables n° A 5525 0001 et A 5525 0002 (Madelin) ou n° A 5525 0003 et A 5525 0004 (Non Madelin), lorsque le Plafond dentaire est atteint, les actes dentaires remboursés par le Régime Obligatoire sont pris en charge à 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

15.3 - Les modalités de la résiliation

- La résiliation par l'Adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec avis de réception et adressé au siège de CEGEMA : 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex.

- La résiliation par l'Assureur sera notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier Domicile connu.

15.4 - Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

15.5 - Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation

15.5.1 - En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L112-9-1 du Code des assurances

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la Garantie, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation l'Assureur procèdera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets.

L'intégralité de la prime reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la Garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

15.5.2 - En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L112-2-1 du Code des assurances et L121.20-8 du Code de la consommation (commercialisation à distance) :

- En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'Adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la Conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.
- Si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.
- Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garanties dans un délai de 30 jours.

ART.16 - PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Article L114-1 :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1/ En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance;

2/ En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

Article L114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis 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 L114-3 :

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

Article 2240 à 2246 du Code civil - Causes ordinaires d'interruption de la prescription

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

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

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

ART.17 - SUBROGATION

L'Adhérent ou ses ayants droit conservent leur droit de recours contre tout responsable. Toutefois, si l'Assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'Adhérent dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable (Article L.121.12 du Code des assurances).

ART.18 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la **loi informatique et libertés** du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est **CEGEMA**, l'organisme de gestion du contrat mentionné sur ce document.

Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par **CEGEMA**, et l'envoi de documents concernant les produits de CEGEMA, destinataire, avec ses mandataires, partenaires, l'association **AGIS**, assureurs et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein de **Swiss Life Prévoyance et Santé**, l'Assureur, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance.

Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un **droit d'accès et de rectification des données** vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à : CEGEMA - Service Informatique, 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à la même adresse à l'attention du Médecin Conseil. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

CEGEMA conserve les données que vous nous avez transmises dans le cadre des traitements liés à la gestion des contrats passés avec Swiss Life, ainsi que pendant les durées légales applicables après la fin des contrats.

Les données des clients ou non clients utilisées à des fins de prospection commerciale peuvent être conservées pendant un délai de trois ans à compter de la fin de la relation commerciale, soit à la date d'expiration d'un contrat, soit du dernier contact émanant du client ou du prospect.

ART.19 - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

• Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel ou avec le service Client de CEGEMA, 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex - téléphone : 04 92 02 08 50.

• Votre deuxième contact : le service Réclamations

Si un désaccord persiste, le Souscripteur peut intervenir auprès de : service Réclamations CEGEMA, 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex - email servicereclamations@cegema.com

• En dernier recours : le service Médiation

Le service Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le service Réclamations en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

• Après épuisement des procédures internes : le Médiateur de la FFA

Le Médiateur de la FFA (Fédération Française d'Assurances) peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de la FFA. Le Médiateur de la FFA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le service Médiation, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

ART.20 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur siège en France, l'autorité de contrôle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) : 61 rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

ART.21 - POSSIBILITÉ DE RENONCIATION

Vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de votre adhésion (date indiquée sur le Certificat d'adhésion) pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L 112-9 du Code des assurances ou par les articles L 112-2-1 du Code des assurances et L 121-20-8 et suivants du Code de la consommation. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à CEGEMA - 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex.

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la lettre recommandée avec avis de réception par CEGEMA.

Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article 15.4 de la présente Notice d'information.

Article L112-9-1 premier alinéa du Code des assurances :

"Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son Domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. [...] Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la Garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation".

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L112-2-1 du Code des assurances et L121-20-8 et suivants du Code de la consommation :

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le Certificat d'adhésion) à la demande expresse de l'Adhérent.

La cotisation, dont vous êtes redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de votre adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la Conclusion de l'adhésion et la date de réception de votre éventuelle renonciation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'Adhérent), demeurant à (Domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat SANTE MONACO (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date).

(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garanties.

(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (Indiquez le lieu, la date et votre signature).

CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION
CONTRAT COLLECTIF N° GAC17SAN0506
SANTE MONACO

A. CADRE DES GARANTIES	15
1. COMMENT CONTACTER GARANTIE ASSISTANCE ?	15
2. QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?	15
3. OÙ S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?	15
4. QUELLE EST LA PÉRIODE DES GARANTIES ?	15
B. GÉNÉRALITES	15
1. DÉFINITIONS	15
2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS	16
3. EXCLUSIONS	16
4. SUBROGATION	17
5. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	18
6. RESPONSABILITÉ	18
7. AUTORITÉ DE CONTRÔLE	18
8. RÉCLAMATIONS	18
9. PRESCRIPTION	18
10. FAUSSE DÉCLARATION	19
11. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE	19
C. DÉTAIL DES PRESTATIONS GARANTIES	19
D. ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE	21
12. PRESTATIONS ACCESSIBLES AU BÉNÉFICIAIRE	21
13. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	21
14. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE OU NON SUPÉRIEURE À 48 HEURES DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	21
15. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE OU NON SUPÉRIEURE À 48 HEURES D'UN ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	22
16. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION PROGRAMMÉE OU NON SUPÉRIEURE À 48 HEURES D'UN ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	22
17. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION PROGRAMMÉE OU NON SUPÉRIEURE À 15 JOURS D'UN ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	22
E. ASSISTANCE VOYAGES ET DÉPLACEMENTS	22
18. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT D'UN BÉNÉFICIAIRE	22
19. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MALADIE, D'ACCIDENT OU DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE	24
20. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE	24
21. ASSISTANCE JURIDIQUE ET PRATIQUE À L'ÉTRANGER	24

CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION
CONTRAT COLLECTIF N° GAC17SAN0506
SANTE MONACO

CEGEMA a souscrit le contrat collectif n° GAC17SAN0506, au profit de ses Adhérents et auprès de GARANTIE ASSISTANCE, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par GARANTIE ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 1 850 000 €, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 312 517 493, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD .

A. CADRE DES GARANTIES

1. COMMENT CONTACTER GARANTIE ASSISTANCE ?

Téléphone	01 70 36 07 31 (depuis la France) + 33 1 70 36 07 31 (depuis l'étranger)
Télécopie	09 77 40 17 87 ou 09 77 40 17 88
Email	operations@garantieassistance.fr
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92210 Saint-Cloud

2. QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s) fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.

Les Bénéficiaires doivent résider en France telle que définie ci-après.

3. OÙ S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

Les garanties d'assistance D. « Assistance Vie Quotidienne » sont utilisables au domicile du Bénéficiaire situé en France et selon les zones de résidence telles que définies au paragraphe B.1. ci-après.

Sauf clause contraire, les garanties d'assistance E. « Assistance Voyages et Déplacements » sont acquises au Bénéficiaire qui subit un évènement garanti lors d'un voyage ou déplacement **à titre privé à plus de 50 Km du domicile** en France ou à l'Etranger. **Les voyages ou déplacements à l'Etranger d'une durée supérieure à 90 jours consécutifs ne sont pas garantis.**

4. QUELLE EST LA PÉRIODE DES GARANTIES ?

La présente Notice prend effet au plus tôt, à compter du 1^{er} juin 2017 et couvre les événements garantis survenus au plus tôt à compter de cette date.

Les Bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période d'adhésion au contrat d'assurance « **SANTE MONACO** », sous réserve du règlement de la prime correspondante.

Toutefois, le droit à garantie auprès de GARANTIE ASSISTANCE cesse pour chaque Adhérent :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance « **SANTE MONACO** ».
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **GAC17SAN0506** ;
- En cas de non-paiement de la prime conformément aux dispositions prévues à l'article L113-3 du Code des assurances.

B. GÉNÉRALITES

1. DÉFINITIONS

Les Parties entendent les termes ci-dessous selon les définitions suivantes :

Accident	Toute atteinte corporelle non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.
Actes de la vie quotidienne	Se lever/ se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son domicile.
Adhérent	Toute personne physique, adhérent au Contrat d'assistance n° GAC17SAN0506 et qui s'engage à acquitter la prime émise aux périodes définies.
Aide à domicile	Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.
Animaux de compagnie	Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull » . L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.
Atteinte corporelle	Blessure ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.
AGGIR	Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.
Ascendant dépendant	Le père et la mère de l'Adhérent ou son Conjoint dont la dépendance nécessite la présence de l'Adhérent ou son Conjoint pour l'assister dans l'accomplissement quotidien des actes de la vie quotidienne.
Autorité médicale	Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.
Bénéficiaire	Toute personne désignée à l'article 2 du paragraphe A, ci-avant.
Conjoint	Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.
Contrat	Le Contrat collectif d'assistance n° GAC17SAN0506 .
Dépendance	État de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.
Domicile	Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.
Equipe médicale	Médecin de GARANTIE ASSISTANCE.
Etranger	Tout pays situé hors de France, à l'exclusion des pays formellement déconseillés par le gouvernement français.
Evènement	Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de GARANTIE ASSISTANCE, et notamment la maladie, l'accident, le décès, etc.
France	France métropolitaine et la Principauté de Monaco.
Franchise	Part des frais qui reste définitivement à la charge de l'Adhérent.
Hospitalisation	Tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, sauf stipulation contraire , dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle.

Immobilisation	État d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile.
Maladie	Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.
Proche	Ascendant(s), descendant(s), Conjoint, frère(s), sœur(s), beau-père ou belle-mère, gendre ou belle-fille, beau-frère ou belle-sœur du Bénéficiaire.
Titre de transport	Dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1 ^{ère} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.
Zone de résidence	Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine, ou dans la Principauté de Monaco : zone couvrant la France métropolitaine et la Principauté de Monaco.

2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2.1. DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS

GARANTIE ASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (**hors jours fériés**). En cas de rapatriement sanitaire prévu par les garanties d'assistance, GARANTIE ASSISTANCE met en œuvre cette prestation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter GARANTIE ASSISTANCE, au numéro de téléphone suivant **01 70 36 07 31**, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat n° **GAC17SAN0506**. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de GARANTIE ASSISTANCE.

À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

2.2. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de GARANTIE ASSISTANCE, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que GARANTIE ASSISTANCE jugerait utile.

Le règlement des prestations interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par GARANTIE ASSISTANCE, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

2.3. AVANCE DE FRAIS

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente Notice, GARANTIE ASSISTANCE peut verser au Bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

• Conditions préalables au versement de l'avance par GARANTIE ASSISTANCE

À titre de garantie de remboursement par le Bénéficiaire de l'avance consentie, GARANTIE ASSISTANCE adressera un **certificat d'engagement** au Bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à GARANTIE ASSISTANCE. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par GARANTIE ASSISTANCE.

Le Bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à GARANTIE ASSISTANCE un chèque de banque.

• Délai de remboursement de l'avance à GARANTIE ASSISTANCE

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser à GARANTIE ASSISTANCE la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à

compter de la date de l'avance.

• Sanctions

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et GARANTIE ASSISTANCE pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

2.4. CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de GARANTIE ASSISTANCE, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

Afin de permettre à l'équipe médicale de GARANTIE ASSISTANCE de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de GARANTIE ASSISTANCE.

3. EXCLUSIONS

3.1. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

GARANTIE ASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Adhérent ou le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de GARANTIE ASSISTANCE les conséquences :

- des frais engagés sans l'accord préalable de GARANTIE ASSISTANCE ;
- des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;
- de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement ;
- des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1 du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- de la participation de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, en tant que concurrent, à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à titre non amateur ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances ;
- de toute restriction à la libre circulation des personnes ;
- des cataclysmes naturels ;
- des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;

- de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi;
- la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1^{ère} année suivant l'adhésion;
- d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;
- les frais liés aux excédents de poids de bagages lors d'un transport par avion, avec les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent pas être transportés par le Bénéficiaire ;
- les frais engagés par le Bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel ;
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique pour toute autorité ou organisme gouvernemental ou non. Les séjours à l'étranger, de plus de 90 jours consécutifs, les frais de restauration, de taxi ou d'hôtel qui seraient engagés à l'initiative de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;
- d'une inobservation volontaire de la réglementation des pays visités ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales.

3.2. EXCLUSIONS MÉDICALES

GARANTIE ASSISTANCE ne peut intervenir pour les frais médicaux suivants, engagés en France ou à l'étranger :

- les frais médicaux engagés pour un traitement prescrit en France avant le départ à l'étranger ou après le retour et nécessitant un contrôle médical régulier, sauf cas d'aggravation imprévisible ;
- les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou à une maladie survenus à l'étranger ;
- les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux ou d'hospitalisation, consécutifs à des pathologies préexistantes et aux complications qui peuvent en découler ;
- les frais consécutifs à une tentative de suicide, à l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants non ordonnés médicalement ou obtenus frauduleusement ;
- les frais consécutifs à une maladie chronique, à des maladies ou des troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;
- les transports primaires d'urgence, les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer, ou dans le désert ;
- les frais de rééducation, de kinésithérapie, de chiropraxie ;
- les voyages entrepris à des fins de diagnostic et/ou de traitement ;
- les vaccins et les frais correspondants ;
- les visites médicales de contrôle et les frais y afférents ;
- toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique notamment) ;
- les cures thermales ;
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives et médicales) ;

3.3. EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À L'ASSISTANCE VOYAGES ET DÉPLACEMENTS

NE DONNENT PAS LIEU A INTERVENTION OU PRISE EN CHARGE DE G.A. :

- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et n'empêchent pas le Bénéficiaire de poursuivre son voyage,
- les convalescences et affections en cours de traitement et non encore totalement guéries au moment du déplacement,
- les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant ;
- l'organisation et la prise en charge des frais de recherche en montagne, en mer ou dans un désert,

- les conséquences d'actes d'automutilation volontaire,
- les accidents résultant de la pratique, en tant qu'amateur, de tout sport motorisé ou nécessitant un permis spécial ou un certificat médical, de tout sport de combat, de la varappe, du bobsleigh, du hockey sur glace,
- les maladies ou accidents résultant du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique des activités sportives et en particulier la plongée sous-marine,
- les conséquences du refus de se soumettre aux mesures médicales préventives, vaccins ou traitements préventifs,
- les transports répétitifs nécessités par l'état de santé du Bénéficiaire en cas de traitement récurrent (même s'ils sont couverts par le contrat d'assurance santé),
- toute intervention relative à des bilans de santé, check-up ou examens médicaux de contrôle (même si elles sont couvertes par le contrat d'assurance santé),
- les frais non justifiés par des factures originales,
- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique d'une part ou de l'exposition à des agents biologiques infectants, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants ou à des agents neurotoxiques ou à des effets neurotoxiques rémanents d'autre part dès lors qu'elles font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures sanitaires préventives ou de surveillance spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou locales du pays d'origine.

3.4. EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE E.18.5 – REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE DES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS À L'ÉTRANGER UNIQUEMENT

Ne donnent pas lieu à prise en charge les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation suivants :

- les frais de prothèses : optiques, dentaires, auditives, fonctionnelles, esthétiques, ou autres ;
- les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie ;
- les frais de cure thermique ;
- les frais de séjour en maison de repos, établissement de convalescence ou centre de réadaptation fonctionnelle ;
- les frais médicaux inférieurs à 15 EUR TTC ;
- les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation concernant les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées, les maladies préexistantes diagnostiquées et ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance ;
- les frais engagés en France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte ou Réunion qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenue à l'Etranger ou dans le pays de domicile ;
- les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour ;
- les frais engagés dans un but de diagnostic et ou de traitement ;
- les frais occasionnés par un état de grossesse sauf complication imprévisible ;
- les frais consécutifs aux tentatives de suicide ;
- les frais occasionnés par les conséquences physiques et psychiques de l'usage de stupéfiants ou drogues non ordonnées médicalement et alcools ;
- les frais de transport primaire d'urgence, de recherche en montagne et de secours en mer.

4. SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, **GARANTIE ASSISTANCE** est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer GARANTIE ASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

5. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant à la présente Notice, l'Adhérent consent à ce traitement informatique.

Dans ce cadre, l'Adhérent est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises aux prestataires ou sous-traitants liés contractuellement à GARANTIE ASSISTANCE intervenants pour l'exécution des garanties d'assistance.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, l'Adhérent dispose d'un droit d'accès et de modification relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il devra adresser sa demande, accompagnée d'une copie (recto/verso) de sa pièce d'identité, à l'adresse suivante :

GARANTIE ASSISTANCE – Correspondant CNIL
108, Bureaux de la Colline
92210 SAINT-CLOUD
ou
cil@garantieassistance.fr

L'Adhérent peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

6. RESPONSABILITÉ

GARANTIE ASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente Notice. À ce titre, GARANTIE ASSISTANCE est tenue d'une obligation de moyens dans la réalisation des prestations d'assistance garanties et il appartiendra à l'Adhérent, de prouver la défaillance de GARANTIE ASSISTANCE.

GARANTIE ASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis de l'Adhérent, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. À ce titre, GARANTIE ASSISTANCE sera responsable des dommages directs, quel qu'en soit la nature, à l'égard de l'Adhérent, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de GARANTIE ASSISTANCE et un préjudice de l'Adhérent.

En tout état de cause, GARANTIE ASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tels que définis par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

7. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

GARANTIE ASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 61 rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09.

8. RÉCLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande soit par téléphone au numéro indiqué au début de la présente Notice, soit à operations@garantieassistance.fr, qui veillera

à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le Bénéficiaire peut adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

GARANTIE ASSISTANCE - Service Qualité
108 Bureaux de la Colline
92210 SAINT-CLOUD
ou
qualite@garantieassistance.fr

Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, GARANTIE ASSISTANCE enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation.

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

L'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu par la Charte de la médiation de l'assurance à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

9. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant de la présente Notice sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où GARANTIE ASSISTANCE en a eu connaissance ;
- 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'Adhérent contre GARANTIE ASSISTANCE a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

En vertu de l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et notamment la citation en justice, le commandement de payer, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par GARANTIE ASSISTANCE à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Adhérent à GARANTIE ASSISTANCE, en ce qui concerne le règlement des prestations.

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties.

10. FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.

Les primes payées demeurent alors acquises à GARANTIE ASSISTANCE, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

11. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE

La présente Notice est régie par le droit français.

A défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction auprès des tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

C. DÉTAIL DES PRESTATIONS GARANTIES

ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE	
PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX BÉNÉFICIAIRES DÈS L'ADHÉSION	
Informations médicales	
Dans la vie de tous les jours,	Du lundi au vendredi de 9h à 18h hors jours fériés
Info voyages	
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Acheminement des médicaments	Prise en charge des frais d'acheminement Les frais de médicaments sont à la charge de l'Adhérent ou de son Conjoint.
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE OU NON SUPÉRIEURE À 48 HEURES DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans	
• Garde au domicile	30 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs maximum
• <u>OU</u> Accompagnement des enfants à l'école	1 aller/retour par jour pendant 5 jours maximum
• <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche	1 titre de transport aller/retour par événement
• <u>OU</u> Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport aller/retour par événement
Garde ou transfert des ascendants dépendants	
• Garde au domicile	30 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs maximum
• <u>OU</u> Transfert des ascendants chez un proche	1 titre de transport aller/retour par événement
• <u>OU</u> Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport aller/retour par événement
Garde des animaux de compagnie	30 jours maximum
Présence d'un proche au chevet <i>(si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside à moins de 50 Km du lieu d'hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint)</i>	1 titre de transport aller/retour 2 nuits (petits déjeuners compris) à hauteur de 80 € TTC par nuit avec un maximum de 160 € TTC par événement
Aide à domicile	20 heures maximum réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs pendant l'hospitalisation ou à compter de la date de sortie de l'hôpital
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE OU NON SUPÉRIEURE À 48 HEURES D'UN ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Garde ou transfert des autres enfants âgés de moins de 16 ans	
• Garde au domicile	30 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• <u>OU</u> Accompagnement des enfants à l'école	1 aller/retour par jour pendant 5 jours
• <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche	1 titre de transport aller/retour par événement
• <u>OU</u> Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport aller/retour par événement

Présence d'un proche au chevet <i>(si l'enfant est hospitalisé à plus de 50 Km de son domicile)</i>	1 titre de transport aller/retour par événement 3 nuits (petits déjeuners compris) à hauteur de 80 € TTC par nuit avec un maximum de 240 € TTC par événement
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 48 HEURES D'UN ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Garde de l'enfant immobilisé au domicile	
• Garde au domicile	30 heures maximum réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport aller/retour par événement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 15 JOURS D'UN ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Ecole à domicile	10 heures maximum/semaine
ASSISTANCE VOYAGES ET DÉPLACEMENTS (Sauf précision contraire, les garanties sont acquises en France et à l'Etranger à plus de 50 Km du domicile.)	
PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT	
Avis médical	Sur simple appel téléphonique
Rapatriement ou transport sanitaire en France et à l'Etranger	• Transfert du Bénéficiaire médicalisé • Envoi d'un médecin sur place • Rapatriement dans un centre hospitalier situé dans le pays du domicile • Rapatriement jusqu'au domicile si hospitalisation pas nécessaire ou tout autre moyen
Hospitalisation du Bénéficiaire	• 1 titre de transport aller/retour • Frais d'hôtel 80 € TTC par nuit avec un maximum de 320 € TTC par événement
Prolongation de séjour à l'hôtel à l'Etranger	80 € TTC par nuit avec un maximum de 320 € TTC par événement
Remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'Etranger uniquement	7 700 € TTC maximum par Bénéficiaire et par événement <i>(Prise en charge en complément des remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle)</i>
Retour anticipé du Bénéficiaire	1 titre de transport aller/retour
Envoi de médicaments ou prothèses introuvables à l'Etranger	Coût des médicaments ou prothèses à la charge du Bénéficiaire
PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE MALADIE, D'ACCIDENT OU DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE	
Retour des enfants âgés de moins de 16 ans <i>(suite à la mise en œuvre de la garantie « rapatriement ou transport sanitaire en France et à l'Etranger » ou de la garantie « Rapatriement du corps en cas de décès »)</i>	1 titre de transport aller/retour
Retour ou rapatriement du véhicule en état de marche	• Mise à disposition d'un chauffeur qualifié • OU Mise à disposition d'un titre de transport
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE	
Rapatriement du corps en cas de décès	• Frais annexes rendus nécessaires pour le transport du corps ainsi que les frais de cercueil pris en charge à concurrence de 850 € TTC • 1 titre de transport aller/retour • Frais d'hôtel 80 € TTC par nuit avec un maximum de 160 € TTC par événement
ASSISTANCE JURIDIQUE ET PRATIQUE À L'ÉTRANGER	
Honoraires d'avocat	Jusqu'à concurrence de 750 € TTC par infraction
Caution pénale	Avance dans la limite de 7 700 € TTC
Transmission de messages urgents	Sur simple appel téléphonique

Les prestations d'assistance qui suivent seront octroyées sous les conditions et dans les limites prévues par le synoptique des garanties ci-avant.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

D. ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

12. PRESTATIONS ACCESSIBLES AU BÉNÉFICIAIRE

12.1. ASSISTANCE INFORMATIONS

La responsabilité de GARANTIE ASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),
- Des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

Les prestations qui suivent sont uniquement téléphoniques et en aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Les spécialistes de GARANTIE ASSISTANCE ne peuvent se substituer aux intervenants habituels.

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

12.1.1. INFORMATIONS MEDICALES

12.1.1.1. Dans la vie de tous les jours

L'équipe médico-psycho-sociale de GARANTIE ASSISTANCE peut communiquer au Bénéficiaire, les informations suivantes (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé) :

- Informations générales médicales ;
- Informations sur la santé au quotidien et sur le bien vivre ;
- En cas d'affections de longue durée, de maladies orphelines, de maladies rares ou de maladies graves telles que définies par le Ministère de la Santé, informations, accompagnement dans le système de soins et guide dans les démarches administratives correspondantes.

GARANTIE ASSISTANCE s'engage à respecter les choix du Bénéficiaire, sans se substituer aux professionnels de santé qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisés.

12.1.1.2. Info voyages

GARANTIE ASSISTANCE communique au Bénéficiaire les renseignements sur les formalités administratives concernant les pays étrangers dans lesquels il souhaite se rendre.

L'équipe médicale de GARANTIE ASSISTANCE indique au Bénéficiaire les obligations en matière de vaccins et les précautions d'usage avant, pendant et après les voyages, selon les pays visités.

GARANTIE ASSISTANCE peut également communiquer au Bénéficiaire des coordonnées d'établissements médicaux ou des médecins à l'Etranger.

13. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

13.1. ACHÈMÈNEMENT DES MÉDICAMENTS

GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge l'acheminement des médicaments au domicile de l'Adhérent, si celui-ci ou son Conjoint est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé.

Cette garantie s'applique si l'Adhérent ou son Conjoint ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le simple renouvellement d'ordonnance.

GARANTIE ASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces

obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 km autour du domicile de l'Adhérent, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Le coût du ou des médicaments seront pris en charge financièrement par l'Adhérent ou par son Conjoint.

14. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE OU NON SUPÉRIEURE À 48 HEURES DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

14.1. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGÉS DE MOINS DE 16 ANS

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint et restés seuls au domicile, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- La garde à domicile dans la limite de 30 heures réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs maximum ;
- OU l'accompagnement des enfants à l'école dans la limite d'un aller/retour par jour pendant 5 jours maximum ;
- OU le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition un titre de transport aller/retour ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au domicile en mettant à sa disposition un titre de transport aller/retour.

14.2. GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DÉPENDANTS

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint vivant habituellement au domicile et restés seuls, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- La garde à domicile dans la limite de 30 heures réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs maximum ;
- OU le transfert des ascendants dépendants, chez un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition un titre de transport aller/retour ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au domicile, en mettant à sa disposition un titre de transport aller/retour.

14.3. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si personne n'est en mesure de s'occuper des animaux de compagnie de l'Adhérent, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge (hors frais de toilettage et frais de soins vétérinaires) leur garde à l'extérieur ou leur entretien à domicile pendant une période de 30 jours maximum et sous réserve qu'ils aient été vaccinés.

14.4. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

Si aucun des proches de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside à moins de 50 km du lieu d'hospitalisation, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge un (1) titre de transport aller/retour d'un proche, habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent, afin de lui permettre de se rendre au chevet de l'Adhérent ou de son Conjoint.

GARANTIE ASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant 2 nuits, à concurrence de 80 € TTC par nuit avec un maximum de 160 € TTC par évènement.

14.5. AIDE À DOMICILE

GARANTIE ASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une aide à domicile exerçant dans sa zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

GARANTIE ASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'aide à domicile, dans les conditions ci-dessous.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à GARANTIE ASSISTANCE sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de GARANTIE ASSISTANCE.

La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent ou de son Conjoint, par le service médical de GARANTIE ASSISTANCE.

Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 20 heures par événement réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs suivant le début de l'hospitalisation ou la date de fin d'hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.

15. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE OU NON SUPÉRIEURE À 48 HEURES D'UN ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

15.1. GARDE OU TRANSFERT DES AUTRES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des autres **enfants âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint et restés seuls au domicile, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- La garde à domicile **dans la limite de 30 heures réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs maximum** ;
- OU l'accompagnement des enfants à l'école **dans la limite d'un aller/retour par jour pendant 5 jours** ;
- OU le transfert des enfants, chez un proche **habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent**, en mettant à leur disposition **un titre de transport aller/retour** ;
- OU la venue d'un proche habitant **dans la zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au domicile en mettant à sa disposition **un titre de transport aller/retour**.

15.2. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

Si l'enfant est hospitalisé **à plus de 50 km de son domicile**, GARANTIE ASSISTANCE organise et **prend en charge un (1) titre de transport aller/retour** de l'un des parents pour se rendre au chevet de l'enfant.

GARANTIE ASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du parent sur place pendant 3 nuits, à concurrence de 80 € TTC par nuit avec un maximum de 240 € par événement.

16. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION PROGRAMMÉE OU NON SUPÉRIEURE À 48 HEURES D'UN ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

16.1. GARDE DE L'ENFANT IMMOBILISÉ AU DOMICILE

Si personne ne peut s'occuper de l'enfant immobilisé **âgé de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint et resté seul au domicile, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- La garde à domicile **dans la limite de 30 heures réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs** ;
- OU la venue d'un proche habitant **dans la zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au domicile en mettant à sa disposition **un titre de transport aller/retour**.

17. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION PROGRAMMÉE OU NON SUPÉRIEURE À 15 JOURS D'UN ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

17.1. ÉCOLE À DOMICILE

GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge, **dès le 16^{ème} jour d'absence scolaire de l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint**, un répétiteur scolaire se déplaçant au domicile de

l'Adhérent ou dans l'établissement hospitalier de l'enfant, pour lui dispenser des cours préparatoires à la classe terminale dans les matières suivantes : français, mathématiques, langues étrangères (1^{ère} et 2^{nde} langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles et ce **à raison de 10 heures par semaine au maximum**.

Cette prestation est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, telle que définie par le Ministère de l'Education Nationale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs scolaires dans un rayon de 25 km du domicile et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires et les jours fériés. En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire.

Un certificat médical devra être adressé à l'équipe médicale de GARANTIE ASSISTANCE avant la mise en œuvre de la prestation garantie, indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et précisant que l'enfant, ne peut compte tenu de cette maladie/accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

E. ASSISTANCE VOYAGES ET DÉPLACEMENTS

Sauf précision contraire, les garanties sont acquises en France et à l'Etranger à plus de 50 Km du domicile.

18. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT D'UN BÉNÉFICIAIRE

18.1. AVIS MÉDICAL

L'avis médical est dispensé par l'un des médecins de l'équipe médicale de GARANTIE ASSISTANCE lorsque le Bénéficiaire est malade ou blessé, au cours d'un déplacement.

Les médecins de GARANTIE ASSISTANCE sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de GARANTIE ASSISTANCE se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins au Bénéficiaire et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation médicale.

Le médecin de GARANTIE ASSISTANCE propose des solutions qui lui paraissent les mieux adaptées eu égard à l'état de santé du Bénéficiaire.

Une fois cet avis médical approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, GARANTIE ASSISTANCE déclenche l'exécution des prestations.

18.2. RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER

Après s'être entretenu avec le médecin qui a dispensé les premiers soins (et/ou le médecin traitant) de l'état de santé du Bénéficiaire et des impératifs d'ordre médical correspondants, le médecin de GARANTIE ASSISTANCE décide de la mise en œuvre de tous les moyens appropriés.

L'assistance médicale pourra ainsi prendre l'une des formes suivantes :

- transfert du Bénéficiaire dans un établissement médicalisé adapté et situé dans le pays dans lequel le Bénéficiaire malade ou blessé se trouve ou dans un pays proche ;
- envoi d'un médecin sur place ;
- rapatriement dans un centre hospitalier situé dans le pays du domicile ;
- rapatriement jusqu'au domicile si une hospitalisation n'est pas nécessaire ;
- ou tout autre moyen adapté.

Cette liste n'est pas exhaustive et les choix concernant les modalités de cette assistance médicale relèvent en tout état de cause de l'appréciation souveraine du médecin de GARANTIE ASSISTANCE.

Le transport ou rapatriement sanitaire organisé par GARANTIE ASSISTANCE consiste à transférer le Bénéficiaire du lieu d'hospitalisation dans lequel les organismes locaux de secours d'urgence l'ont préalablement acheminé vers une structure médicale plus adaptée. **GARANTIE ASSISTANCE 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 150 € TTC, les frais de recherche étant exclus.**

Les frais de transport sont pris en charge par GARANTIE ASSISTANCE. Le Bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

Seuls votre intérêt médical et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour le transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

18.3. HOSPITALISATION DU BÉNÉFICIAIRE

Si le Bénéficiaire n'est pas accompagné lors de son déplacement, que son état de santé ne justifie pas ou empêche un rapatriement ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place **dépasse 10 jours**, GARANTIE ASSISTANCE met à la disposition d'un membre de sa famille ou d'une personne qu'il aura désigné, **un titre de transport aller/retour**, afin de se rendre auprès du Bénéficiaire ; **ceci uniquement au départ de France.**

GARANTIE ASSISTANCE organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 80 € TTC par nuit avec un maximum de 320 € TTC (frais de restauration exclus) par évènement.

Dans le cas où un membre de la famille du Bénéficiaire ou une personne qu'il a désigné se trouve déjà sur place, GARANTIE ASSISTANCE organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet.

GARANTIE ASSISTANCE participe aux frais à concurrence de 80 € TTC par nuit, avec un maximum de 320 € TTC (frais de restauration exclus) par évènement.

GARANTIE ASSISTANCE prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à GARANTIE ASSISTANCE dans les meilleurs délais.

18.4. PROLONGATION DE SÉJOUR À L'HÔTEL À L'ÉTRANGER

À l'Étranger, si l'état de santé du bénéficiaire ne justifie pas une hospitalisation ou un transport sanitaire mais qu'il ne lui permet pas d'entreprendre son retour à la date initialement prévue, GARANTIE ASSISTANCE prend en charge ses frais de prolongation de séjour à l'hôtel, sur avis du médecin de GARANTIE ASSISTANCE, ainsi que ceux d'une personne demeurant à son chevet **à concurrence de 80 € TTC par nuit et par personne, avec un maximum de 320 € TTC par personne (frais de restauration exclus) et par évènement.**

18.5. REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE DES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS À L'ÉTRANGER UNIQUEMENT

Attention : la Carte Européenne d'Assurance Maladie permet la prise en charge des dépenses de soins de santé imprévus et médicalement nécessaires (prestations en nature) lors d'un séjour temporaire dans un autre pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein ou en Norvège. Cette carte individuelle est délivrée, sur demande de l'assuré social, par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. La demande doit être formulée au moins 2 semaines avant le départ. Il est recommandé au Bénéficiaire de procéder, avant son départ en voyage, à l'ensemble des démarches nécessaires en vue d'obtenir cette

carte.

Cette prestation concerne les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation engagés à l'Étranger, par le Bénéficiaire, à la suite d'un accident ou d'une maladie, revêtant un caractère imprévisible, engagés pendant la durée de validité de la présente Convention et ne s'applique que pour les bénéficiaires affiliés à la Sécurité sociale et/ou à un organisme de prévoyance ou d'assurance santé.

Si le Bénéficiaire est malade ou victime d'un accident, GARANTIE ASSISTANCE rembourse en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et, le cas échéant, des versements complémentaires effectués par la mutuelle et/ou de tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance santé, le coût des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation que le Bénéficiaire a effectivement engagés.

Le remboursement complémentaire de GARANTIE ASSISTANCE est limité à 7 700 € TTC maximum par Bénéficiaire et par évènement.

La prise en charge des frais d'hospitalisation à l'Étranger cesse, à dater du jour où GARANTIE ASSISTANCE est en mesure d'effectuer le rapatriement du Bénéficiaire en France. Dans tous les cas, il restera à la charge du bénéficiaire une franchise de 15 € TTC par dossier.

La prise en charge des frais dentaires est limitée à 150 € TTC avec l'application d'une franchise absolue de 15 € TTC.

18.6. RETOUR ANTICIPÉ DU BÉNÉFICIAIRE

S'il doit interrompre son séjour, en France ou à l'Étranger, afin d'assister aux obsèques d'un proche, GARANTIE ASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire et prend en charge **un titre de transport, depuis le lieu de séjour jusqu'au lieu d'inhumation situé en France. Le Bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.**

Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des autres Bénéficiaires voyageant avec lui, par les moyens initialement prévus, GARANTIE ASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire et prend en charge **un titre de transport**, afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré.

18.7. ENVOI DE MÉDICAMENTS OU PROTHÈSES INTROUVABLES À L'ÉTRANGER

Si le Bénéficiaire vient à manquer de médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement médical et qu'il lui est impossible de s'en procurer dans lequel il se trouve à l'Étranger, GARANTIE ASSISTANCE prend en charge la recherche et l'envoi, dans les plus brefs délais, des produits prescrits par une autorité médicale reconnue ou, en cas d'indisponibilité, de produits génériques équivalents prescrits par un médecin de GARANTIE ASSISTANCE.

Seuls la recherche et l'envoi de médicaments prescrits sont mis en œuvre par GARANTIE ASSISTANCE au titre de la présente garantie.

Le coût des médicaments demeure à la charge du Bénéficiaire.

Si le Bénéficiaire est amené, pour une raison imprévisible, à ne plus être en possession de prothèses type de lunettes, lentilles, appareils auditifs, qui lui sont indispensables, GARANTIE ASSISTANCE prend en charge la recherche et l'envoi de prothèses de remplacement.

Seuls la recherche et l'envoi de prothèses prescrites sont mis en œuvre par GARANTIE ASSISTANCE au titre de la présente garantie.

Le coût des prothèses demeure à la charge du Bénéficiaire.

19. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MALADIE, D'ACCIDENT OU DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE

19.1. RETOUR DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS

Si, à la suite de la mise en œuvre de la garantie « rapatriement ou transport sanitaire en France et à l'Étranger » ou de la garantie « rapatriement du corps en cas de décès », les enfants qui accompagnaient le Bénéficiaire assisté se trouvent sans présence d'un adulte en mesure de s'occuper d'eux sur place, GARANTIE ASSISTANCE met gratuitement à la disposition d'une personne résidant en France, désignée par le Bénéficiaire ou un membre de sa famille, **un titre de transport aller/retour**, pour prendre les enfants en charge et les ramener à leur domicile ou chez un proche en France.

S'il est impossible de joindre une des personnes désignées ou si celles-ci sont dans l'impossibilité d'effectuer le voyage, GARANTIE ASSISTANCE envoie une hôtesse pour prendre les enfants en charge et les ramener à la garde de la personne désignée.

19.2. RETOUR OU RAPATRIEMENT DU VÉHICULE EN ÉTAT DE MARCHÉ

Si, à la suite de la mise en œuvre de la garantie « rapatriement ou transport sanitaire en France et à l'Étranger » ou de la garantie « rapatriement du corps en cas de décès », les autres membres du groupe se trouvant sur place, avec le véhicule du Bénéficiaire assisté, ne peuvent revenir au domicile par leurs propres moyens, GARANTIE ASSISTANCE met à leur disposition :

- soit un chauffeur qualifié ;
- soit un titre de transport à une personne désignée, pour ramener le véhicule et le groupe.

Cette garantie peut également s'appliquer si le conducteur malade ou blessé, n'étant pas en état de conduire, peut néanmoins voyager dans son véhicule selon l'avis formulé par le médecin de GARANTIE ASSISTANCE.

Dans tous les cas, la consommation du véhicule, les frais de traversée par bateau ou bac, les péages, les frais d'hôtel et de restauration sont à la charge du Bénéficiaire et des personnes rapatriées.

GARANTIE ASSISTANCE n'est pas tenue d'exécuter cet engagement s'il s'agit d'un véhicule qui n'est pas en parfait état de fonctionnement ou qui présente une ou plusieurs anomalies en infraction aux codes de la route français et internationaux.

20. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE

20.1. RAPATRIEMENT DU CORPS EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès du Bénéficiaire **à plus de 50 Km du domicile**, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge le rapatriement du corps du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation en France. **Les frais annexes rendus nécessaires pour le transport du corps ainsi que les frais de cercueil sont pris en charge à concurrence de 850 € TTC.**

Dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un membre de la

famille (Conjoint, ascendant ou descendant, frère ou sœur), si l'un d'eux n'est pas déjà sur les lieux, en mettant à sa disposition **un titre de transport aller/retour**, pour se rendre de son domicile en France jusqu'au lieu d'inhumation. Dans ce cas, GARANTIE ASSISTANCE prend en charge, sur justificatifs et **à concurrence de 80 € TTC par jour les frais d'hôtel de cette personne. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 160 € TTC (les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge).**

21. ASSISTANCE JURIDIQUE ET PRATIQUE À L'ÉTRANGER

Ces prestations s'appliquent lorsque le Bénéficiaire est poursuivi pour infraction involontaire à la législation du pays dans lequel il se trouve (autre que la France et ses zones d'outremer Guyane, Martinique, Guadeloupe, Réunion et Mayotte).

21.1. HONORAIRES D'AVOCAT

GARANTIE ASSISTANCE met un avocat à la disposition du Bénéficiaire et lui règle directement ses honoraires **jusqu'à concurrence de 750 € TTC par infraction.**

21.2. CAUTION PÉNALE

GARANTIE ASSISTANCE fait au Bénéficiaire, si besoin est, contre dépôt d'un chèque certifié, d'un chèque de banque ou d'un virement bancaire, l'avance de la caution pénale exigée par les autorités locales pour éviter ou faire cesser l'incarcération, dans **la limite de 7 700 € TTC.**

Cette avance est remboursable dans un délai de trois mois à compter du jour du versement.

Si la caution lui est restituée par les autorités locales avant l'expiration de ce délai, le Bénéficiaire rembourse immédiatement l'avance reçue.

S'il est cité devant un Tribunal et ne se présente pas ou ne se fait pas représenter, le remboursement de l'avance devient immédiatement exigible, car il est impossible d'obtenir la restitution de la caution si le prévenu fait défaut.

21.3. TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

GARANTIE ASSISTANCE reçoit et transmet à leur destinataire en France, les messages à caractère urgent. Les commandes, annulations de commande, tous textes entraînant une responsabilité financière sont transmis sous la seule responsabilité de leur auteur, qui devra être identifié.

De même, GARANTIE ASSISTANCE pourra communiquer, sur appel d'un membre de sa famille, un message qui aurait été laissé à son intention.

GARANTIE ASSISTANCE

Société Anonyme au capital de 1 850 000 EUR | 312 517 493 RCS NANTERRE | Siège social : 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD | Entreprise régie par le Code des Assurances

ASSOCIATION GÉNÉRALE INTERPROFESSIONNELLE DE SOLIDARITÉ («A.G.I.S.»)
STATUTS
MODIFIÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE DU 10 JUIN 2016

CLAUSES GÉNÉRALES	26
Article 1 : Création	26
Article 2 : Dénomination et siège social	26
Article 3 : Durée - Exercice social	26
Article 4 : Objet	26
Article 5 : Composition - Membres	26
Article 6 : Perte de la qualité de membre	26
Article 7 : Cotisation	26
ADMINISTRATION	26
Article 8 : Conseil d'Administration	26
Article 8-1 : Composition	26
Article 8-2 : Pouvoirs du Conseil d'Administration	26
Article 8-3 : Président du Conseil d'Administration - Bureau du Conseil d'Administration	27
Article 8-4 : Réunions du Conseil d'Administration	27
Article 8-5 : Défraiement et indemnisation des administrateurs	27
Article 9 : Règlement Intérieur	27
Article 10 : Assemblées Générales (Ordinaire et Extraordinaire)	27
Article 10-1 : Assemblée Générale Ordinaire	27
Article 10-2 : Assemblée Générale Extraordinaire	28
Article 11 : Commissaires aux comptes	28
RESSOURCES - DÉPENSES - AVOIR DE L'ASSOCIATION	28
Article 12 : Ressources	28
Article 13 : Dépenses	28
Article 14 : Avoir	28
DISSOLUTION	28
Article 15 : Dissolution	28

CLAUSES GÉNÉRALES

Article 1 : Création

Entre les membres fondateurs soussignés, il est créée une Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par les textes qui l'ont modifiée ainsi que par les présents Statuts.

Article 2 : Dénomination et siège social

L'association prend la dénomination de ASSOCIATION GÉNÉRALE INTERPROFESSIONNELLE de SOLIDARITÉ («A.G.I.S») et sera dénommée dans le cadre des présents Statuts comme : («Association»).

Son siège social est établi : 7 rue Belgrand - 92300 Levallois Perret.

Le siège social pourra être déplacé sur le territoire français sur décision du Conseil d'Administration, qui dispose à cet effet, du pouvoir de modifier les Statuts.

Le Conseil d'Administration pourra créer, s'il le juge opportun, pour la bonne gestion ou pour le développement de l'Association, des sections locales ou professionnelles.

Article 3 : Durée - Exercice social

L'Association est fondée pour une durée illimitée.

L'exercice social de l'Association commence le 1^{er} janvier et s'achève le 31 décembre de chaque année civile.

Article 4 : Objet

L'Association a pour but, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur :

- 1°) de développer l'esprit de solidarité et d'entraide,
- 2°) de défendre les intérêts de ses membres,
- 3°) de coordonner l'action des différentes institutions avec lesquelles elle aura passé un accord à cette fin, d'assurer leur promotion et la gestion de leurs oeuvres ou services,
- 4°) de négocier et de proposer à ses membres un ou plusieurs contrats, bons, garanties ou couvertures permettant la garantie des risques de prévoyance, le financement de la retraite, l'optimisation de placements. En particulier, de proposer à ses membres l'adhésion facultative à des contrats collectifs d'assurance vie ou des bons collectifs de capitalisation,
- 5°) d'assurer la gestion desdits contrats, bons, garanties ou couvertures proposés à ses membres ou d'autres contrats d'assurance, bons ou couvertures,
- 6°) d'apporter à tous ses membres l'aide matérielle et morale dont ils peuvent avoir besoin en toutes circonstances, en particulier les informer sur les possibilités qui leur sont offertes dans les domaines de la prévoyance, de la retraite, des placements et en matière d'assurance vie et de capitalisation,
- 7°) plus largement tout acte entrant dans le cadre de cet objet social ou permettant sa réalisation.

Article 5 : Composition - Membres

L'Association se compose des personnes physiques adhérant à un contrat d'assurance ou de capitalisation, garantie, bon ou couverture souscrit par l'Association. L'adhésion à l'Association et à ses Statuts résulte automatiquement de l'adhésion à tout contrat, garantie, bon ou couverture souscrit par l'Association auprès d'un organisme habilité.

Article 6 : Perte de la qualité de membre

La qualité de membre se perd :

- automatiquement, à compter de la date à laquelle le membre cesse d'être partie à un contrat, bon, garantie ou couverture souscrit par l'Association, quelle qu'en soit la raison, y compris en cas de décès. Dans ce dernier cas, les droits et obligations pris antérieurement par le membre décédé pourront, le cas échéant, perdurer auprès de ses ayants droits en fonction de la nature des engagements,

- à compter de l'exclusion d'un adhérent, notamment pour défaut de paiement des primes relatives à son adhésion dans les conditions de l'article L. 141-3 du Code des assurances ou pour atteinte grave aux intérêts de l'Association. Dans ce dernier cas, le membre concerné sera invité à fournir des explications ou produire tout élément matériel préalablement à la réunion au cours de laquelle sera décidée l'exclusion. Le membre pourra être assisté lors de cette réunion par un autre membre de l'Association. La décision d'exclusion sera, le cas échéant, notifiée à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception.

Article 7 : Cotisation

Il est institué une cotisation à la charge des membres de l'Association. Le montant et les modalités de règlement de cette cotisation sont fixés par le Conseil d'Administration.

ADMINISTRATION

Article 8 : Conseil d'Administration

Article 8-1 : Composition

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration composé de 12 administrateurs maximum élus par l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration doit être composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenant au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt, ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des conventions d'assurance souscrites par l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes.

Tout Administrateur venant en cours de mandat à détenir un mandat ou à recevoir une rétribution quelconque de la part de l'un des organismes d'assurance signataire d'une convention d'assurance avec l'Association, s'engage à en informer immédiatement le Président par lettre recommandée avec avis de réception.

Pour le cas où cette déclaration venait à faire passer le taux d'administrateurs dits indépendants à moins de 51%, l'Administrateur en question perdrait automatiquement sa qualité d'Administrateur et il sera procédé à son remplacement au cours de la plus prochaine Assemblée Générale.

Les administrateurs sont élus pour une durée de six ans, et renouvelés par 1/3 tous les 2 ans. L'ordre de sortie est déterminé d'après l'ancienneté des nominations. Les administrateurs sortants sont rééligibles.

Les candidatures doivent être adressées au Président du Conseil d'Administration au plus tard 15 jours avant la date de l'Assemblée. Le Conseil d'Administration arrête les propositions de candidature soumises à l'Assemblée Générale Ordinaire, sans pouvoir n'en écarter aucune.

Tout administrateur peut être révoqué *ad nutum* sur proposition de trois administrateurs au moins, lesquels doivent alors solliciter du Président ou du Conseil d'Administration la convocation, dans un délai raisonnable, d'une Assemblée Générale Ordinaire de l'Association qui statuera sur cette révocation et élira un nouvel administrateur en lieu et place de l'administrateur révoqué.

Le Conseil d'Administration procède à l'élection de son Président et à sa révocation *ad nutum*, ce dernier ne prenant pas part au vote.

Article 8-2 : Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour prendre toutes décisions se rapportant à l'objet de l'Association, à son fonctionnement et à ses réalisations à la condition que celles-ci ne soient pas réservées à l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration est notamment habilité à décider la souscription d'un contrat, bon, garantie ou couverture offert à l'adhésion des membres de l'Association.

Sur délégation de l'Assemblée Générale, conformément aux dispositions de l'article 10-1, le Conseil d'Administration peut également décider la signature d'un avenant.

Le Conseil d'Administration autorise tous achats, aliénations, contrats ou locations nécessaires au fonctionnement de l'Association et à l'atteinte de ses objectifs. D'une manière générale, le Conseil peut déléguer une partie de ses pouvoirs à un administrateur, un membre du Bureau ou un tiers. Cette délégation sera limitée dans son champ et dans sa durée. Le Conseil d'Administration surveille la gestion courante opérée par les membres du Bureau et dispose de la faculté de se faire rendre des comptes des actes et décisions prises.

En cas de besoin, le Conseil d'Administration ou le Président peut s'assurer les services d'un conseiller technique ou expert nommé parmi les administrateurs ou non.

Le Conseil d'Administration peut convoquer les Assemblées Générales en cas de carence du Président. Le Conseil d'Administration sera convoqué à la diligence du Vice-président ou à défaut par un autre membre du Bureau.

Article 8-3 : Président du Conseil d'Administration - Bureau du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration choisit en son sein un Bureau comprenant :

- un Président,
- un Vice-président,
- un Secrétaire,
- un Trésorier.

Les membres du Bureau du Conseil d'Administration sont nommés pour deux ans. Ils sont rééligibles. Sous la responsabilité du Conseil d'Administration, le Bureau du Conseil d'Administration assure l'expédition des affaires courantes ou urgentes.

Le Bureau du Conseil d'Administration peut se faire assister de toutes personnes qu'il jugera utiles, membres de l'Association ou non.

Le Président représente l'Association dans tous les actes de la vie civile et en justice, et est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il a également pour rôle d'assurer la gestion courante de l'Association en liaison avec le Bureau du Conseil d'Administration. Il a qualité pour ester en justice, peut former tous appels et pourvois et transiger sans autorisation.

Il ne peut en revanche procéder à tous achats, aliénations, contrats ou locations nécessaires au fonctionnement de l'Association et à l'atteinte de ses objectifs sans autorisation du Conseil d'Administration.

Le Président convoque les Assemblées Générales et le Conseil d'Administration.

Il rend compte de sa gestion et de celle du Bureau du Conseil d'Administration à l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle de l'Association.

Il peut déléguer pour des questions et un temps limité une partie de ses pouvoirs à un membre du Conseil d'Administration, à un membre du Bureau du Conseil d'Administration, soit à un tiers.

Le Président, au nom du Conseil d'Administration, est chargé de remplir toutes les formalités de déclaration et de publication prescrites par la législation et la réglementation en vigueur.

Article 8-4 : Réunions du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se réunit au moins une fois par an et toutes les fois qu'il est convoqué par le Président à son initiative ou à celle de la moitié des administrateurs au moins.

Il délibère valablement à la majorité simple, quel que soit le nombre d'administrateurs présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Article 8-5 : Défraiement et indemnisation des administrateurs

Les frais entraînés par l'exercice de leurs fonctions sont remboursés aux administrateurs. Ils peuvent également recevoir des indemnités ou rétributions fixées chaque année par l'Assemblée Générale.

Article 9 : Règlement Intérieur

S'il le juge nécessaire, le Conseil d'Administration pourra adopter un Règlement Intérieur qui précise les modalités d'application des présents Statuts. Le Conseil d'Administration peut modifier le Règlement Intérieur à tout moment. Ce Règlement Intérieur, ainsi que ses modifications éventuelles, devra être soumis à la ratification de la prochaine Assemblée Générale Ordinaire de l'Association.

Le Président, au nom du Conseil d'Administration, est chargé de remplir toutes les formalités de déclaration et de publication du Règlement Intérieur prescrites par la législation et la réglementation en vigueur.

Article 10 : Assemblées Générales (Ordinaire et Extraordinaire)

Article 10-1 : Assemblée Générale Ordinaire

L'Assemblée Générale Ordinaire comprend tous les membres de l'Association présents ou représentés. Cependant, ont voix délibérative, à concurrence d'une voix par membre, uniquement les membres de l'Association titulaires d'une adhésion à un contrat d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation, les autres membres ayant simplement voix délibérative que pour les délibérations relatives à la modification d'un contrat, bon, garantie ou garantie auquel ils ont adhéré.

L'Assemblée Générale Ordinaire est seule compétente pour :

- nommer, renouveler et révoquer les membres du Conseil d'Administration (le ou les administrateurs concernés s'abstenant),
- contrôler la gestion du Président ou du Conseil d'Administration et par délégation celle du Bureau du Conseil d'Administration et leur en donner quitus,
- statuer au moins une fois par an sur les comptes de l'Association et voter le budget de l'exercice suivant de l'Association,
- autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe au sens de l'article L. 141-1 du Code des assurances souscrits par l'Association. L'Assemblée Générale peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'Administration exerce alors ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, en fait rapport à la plus proche Assemblée,
- ratifier les avenants signés par le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée (seuls les membres adhérant effectivement aux contrats, bons ou garanties concernés étant invités à se prononcer),
- et généralement pour délibérer sur les questions mises à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit au moins une fois par an, dans les six mois de la clôture de l'exercice précédent.

Les membres sont informés de la tenue de l'Assemblée Générale Ordinaire :

- uniquement les membres de l'Association titulaires d'une adhésion à un contrat d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation : sur convocation individuelle écrite adressée par lettre simple ou par courrier électronique,
- pour les autres membres de l'Association : au moyen d'une insertion dans un journal d'annonces légales du ressort du siège social.

La convocation est effectuée, par le recours à un(des) moyen(s) susvisé(s), à l'initiative du Président ou du Conseil d'Administration trente (30) jours au moins avant la date de la tenue de l'Assemblée.

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale Ordinaire est arrêté par l'auteur de la convocation.

Tout projet de résolution communiqué au Conseil d'Administration soixante (60) jours au moins avant la date de l'Assemblée Générale Ordinaire par le dixième des membres titulaires de droit de vote au moins, ou si ce nombre excède cent, par au moins cent (100) membres titulaires de droit de vote, sera soumis au vote de l'Assemblée Générale. Tout projet de résolution présenté par la moitié au moins des administrateurs et déposé auprès du Conseil au moins soixante (60) jours avant la réunion sera également soumis à l'Assemblée Générale Ordinaire.

La convocation mentionne l'ordre du jour, les projets de résolution, le lieu et l'heure de l'Assemblée Générale Ordinaire.

L'Assemblée Générale Ordinaire entend les rapports sur la gestion du Président ou du Conseil d'Administration et par délégation celle du Bureau du Conseil d'Administration, sur la situation financière et morale de l'Association.

L'Assemblée Générale Ordinaire délibère à la majorité simple des membres titulaires de droit de vote, présents ou représentés, à raison d'une voix par membre, quel que soit le nombre d'adhésions à un(des)

contrat(s) de groupe sur la vie ou de capitalisation du même membre. Cependant, en ce qui concerne les délibérations relatives aux garanties d'un contrat d'assurance ou de capitalisation de groupe souscrit par l'Association, seuls les membres adhérant au contrat concerné participeront au vote. Les autres membres ayant souscrit à un contrat (autre qu'un contrat d'assurance ou de capitalisation), à un bon, une garantie ou couverture auront simplement voix délibérative que pour les délibérations relatives à la modification d'un contrat (autre qu'un contrat d'assurance ou de capitalisation), bon, garantie ou garantie auquel ils ont adhéré.

Chaque membre peut se faire représenter par son conjoint ou un membre de l'Association, ce dernier disposant à son tour de la capacité de remettre le pouvoir confié à son conjoint ou à un autre membre, étant précisé qu'il n'est pas possible d'être porteur de plus d'un pouvoir. Le pouvoir donné vaut pour une seule Assemblée Générale, ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint ou si deux Assemblées - Ordinaire et Extraordinaire - se tiennent le même jour. Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au Président et donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

L'Assemblée Générale Ordinaire ne peut valablement délibérer que si mille membres titulaires du droit de vote ou un trentième desdits membres au moins sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres titulaires du droit de vote présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

La Présidence de l'Assemblée Générale Ordinaire est assurée par le Président du Conseil d'Administration ou, à défaut, par un administrateur désigné par le Conseil d'Administration.

Toutes les délibérations de l'Assemblée Générale Ordinaire sont prises à la main levée. Le scrutin secret est de droit s'il est demandé par le Président ou le Conseil d'Administration. Sur demande du Conseil d'Administration, le vote pourra être recueilli au moyen de procédés de communication à distance. Dans ce cas, tous les votes (à distance et à main levée) sont comptabilisés ensemble.

Les délibérations de l'Assemblée font l'objet d'un procès-verbal rédigé sur un registre spécial signé par le Président, le scrutateur et le secrétaire, puis sont transcrites sur un registre spécial signé par le Président et par un administrateur. Une copie du procès-verbal de l'Assemblée peut être consultée au siège de l'Association au plus tôt quinze (15) jours après la tenue de l'Assemblée.

Article 10-2 : Assemblée Générale Extraordinaire

L'Assemblée Générale Extraordinaire comprend tous les membres de l'Association.

Elle est convoquée dans les mêmes conditions de forme et de délais que l'Assemblée Générale Ordinaire à l'initiative du Président du Conseil d'Administration, ou sur proposition du Conseil d'Administration ou de 9% des membres titulaires de droit de vote au moins.

L'Assemblée Générale Extraordinaire a seule compétence pour décider :

- de modifier les statuts de l'Association sous réserve des clauses particulières concernant le transfert du siège,
- de fusionner l'Association avec une autre association ayant le même objet,
- de dissoudre l'Association.

Les délibérations proposées par des membres dans les conditions visées ci-dessus concernant les Assemblées Générales Ordinaires devront également être soumises au vote de l'Assemblée Générale Extraordinaire.

L'Assemblée Générale Extraordinaire statue à la majorité simple des membres titulaires de droit de vote présents ou représentés pour toutes les décisions de modification des Statuts et à la majorité des deux tiers des membres titulaires de droit de vote présents ou représentés pour toutes les autres décisions.

Sauf clause contraire, le déroulement de l'Assemblée Générale Extraordinaire obéira aux règles prévues pour les Assemblées Générales Ordinaires, en particulier en ce qui concerne les règles de quorum et de présidence.

Article 11 : Commissaires aux comptes

Il est prévu la faculté pour le Conseil d'Administration de désigner un ou plusieurs commissaires aux comptes. Cette désignation est soumise à la ratification de l'Assemblée Générale.

RESSOURCES - DÉPENSES - AVOIR DE L'ASSOCIATION

Article 12 : Ressources

Les ressources de l'Association comprennent :

- les cotisations de ses membres dans les conditions fixées par le Conseil d'Administration,
- les subventions publiques qui pourront lui être accordées,
- les revenus des biens qu'elle possède,
- les sommes perçues en contrepartie des prestations qu'elle fournit,
- de toutes autres ressources (subventions ou versements) autorisées par les textes législatifs et réglementaires.

L'Association n'a pas de but lucratif.

Article 13 : Dépenses

Les dépenses de l'Association comprennent toutes les sommes destinées à faire face aux charges découlant de son activité et son fonctionnement. Ces dépenses sont décidées par le Conseil d'Administration ou par toute autre personne que le Conseil d'Administration aura délégué expressément à cet effet.

L'Association répond de ses engagements sur ses propres ressources, sans aucune responsabilité personnelle de ses membres.

Article 14 : Avoir

L'avoir de l'Association est employé en toutes valeurs ou tous placements autorisés par la législation en vigueur.

DISSOLUTION

Article 15 : Dissolution

La dissolution de l'Association est décidée par l'Assemblée Générale Extraordinaire. L'Assemblée désigne alors un administrateur ou un tiers pour prendre l'ensemble des décisions pour procéder à sa dissolution et en particulier liquider les biens de l'Association.

Elle détermine les conditions de cette liquidation dans le cadre des lois et règlements en vigueur. En cas d'existence d'un actif net, ce montant sera versé à toute association ayant un objet similaire. En aucun cas, les membres de l'Association ne peuvent se voir attribuer une part quelconque des actifs de l'Association.

Conformément à l'article L. 140-6 du Code des assurances, en cas de liquidation ou de dissolution de l'Association, les adhésions en cours au jour de la dissolution ou de la liquidation, se poursuivront de plein droit entre les organismes assureurs et les personnes antérieurement adhérentes au contrat.