

NOTICE D'INFORMATION

SANTÉ TNS



SOMMAIRE

CHAPITRE I. LES FRAIS DE SANTÉ	4
ARTICLE 1 – PRÉAMBULE	4
ARTICLE 2 – OBJET DU CONTRAT	5
ARTICLE 3 – CONDITIONS D’ADHESION.....	5
ARTICLE 4 – MODALITES D’ADHESION.....	5
ARTICLE 5 – PRISE D’EFFET ET DUREE DU CONTRAT	6
ARTICLE 6 – DECLARATIONS	6
ARTICLE 7 – CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT.....	8
ARTICLE 8 – CONDITIONS DES GARANTIES	8
ARTICLE 9 – ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	8
ARTICLE 10 – GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS	8
ARTICLE 11 – EXCLUSIONS	9
ARTICLE 12 – MODIFICATIONS DES GARANTIES	9
ARTICLE 13 – AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT	10
ARTICLE 14 – ADAPTATION DES CONTRATS EN CAS DE MODIFICATIONS DU REGIME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE	11
ARTICLE 15 – PRESTATIONS	12
ARTICLE 16 – CONTROLE, PROCEDURE D’EXPERTISE ET ARBITRAGE	15
ARTICLE 17 – COTISATIONS	16
ARTICLE 18 – RESILIATION DU CONTRAT	17
ARTICLE 19 – SUBROGATION	19
ARTICLE 20 – PRESCRIPTION	19
ARTICLE 21 – EXAMEN DES RECLAMATIONS ET MEDIATION	20
ARTICLE 22 – INFORMATIQUE ET LIBERTES	21
ARTICLE 23 – AUTORITE DE CONTROLE	22
ARTICLE 24 – DROIT DE RENONCIATION	22
ARTICLE 25 – DROIT D’OPPOSITION DES CONSOMMATEURS AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE	23
CHAPITRE II. SUR-COMPLÉMENTAIRE	24
ARTICLE 1 – PRÉAMBULE	24
ARTICLE 2 – OBJET DU CONTRAT	25
ARTICLE 3 – MODALITÉS D’ADHESION	25
ARTICLE 4 – PRISE D’EFFET ET DUREE DU CONTRAT	26
ARTICLE 5 – RESILIATION DE L’ADHESION	26
ARTICLE 6 – DECLARATIONS	28
ARTICLE 7 – CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT.....	29
ARTICLE 8 – CONDITIONS DES GARANTIES	29
ARTICLE 9 – ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	29
ARTICLE 10 – GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS	30
ARTICLE 11 – LIMITATION SPECIFIQUE A LA CHAMBRE PARTICULIERE	30
ARTICLE 12 – DELAIS D’ATTENTE	30
ARTICLE 13 – EXCLUSIONS	31
ARTICLE 14 – MODIFICATIONS DES GARANTIES À LA DEMANDE DE L’ASSUREUR	31
ARTICLE 15 – AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT	32
ARTICLE 16 – COTISATIONS	33
ARTICLE 17 – PRESTATIONS	34
ARTICLE 18 – CONTRÔLE, PROCÉDURE D’EXPERTISE ET ARBITRAGE	35
ARTICLE 19 – SUBROGATION	36
ARTICLE 20 – PRESCRIPTION	36
ARTICLE 21 – EXAMEN DES RECLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION	38
ARTICLE 22 – INFORMATIQUE ET LIBERTES	38

ARTICLE 23 – AUTORITE DE CONTROLE	39
ARTICLE 24 – RENONCIATION A L'ADHESION	40
ARTICLE 25 – VENTE A DISTANCE : CONCLUSION DU CONTRAT ET DROIT DE RENONCIATION	40
ARTICLE 26 - DROIT D'OPPOSITION DES CONSOMMATEURS AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE:	41
CHAPITRE III. LA CONVENTION D'ASSISTANCE	42
ARTICLE 1 - EVENEMENTS GARANTIS	42
ARTICLE 2 – RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE	43
ARTICLE 3 – VALIDITÉ DE LA CONVENTION	45
ARTICLE 4 – DÉFINITIONS CONTRACTUELLES	45
ARTICLE 5 - PRESTATIONS	47
ARTICLE 6 - RESPONSABILITE	54
ARTICLE 7 - EXCLUSIONS GENERALES	55
ARTICLE 8 - MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS	56
ARTICLE 9 - LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES	56
ARTICLE 10 – AUTORITE DE CONTROLE	56
ARTICLE 11 – LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE	57

CHAPITRE I. LES FRAIS DE SANTÉ

Le contrat d'assurance frais de santé SANTE TNS souscrit par :

GPMA
(Groupement Prévoyance Maladie Accident) association régie par la loi du 1^{er} juillet
1901 – 7 boulevard Haussmann 75447 PARIS Cedex 09

Après de l'assureur :

L'EQUITE
Entreprise régie par le Code des Assurances, SA au capital de 22 469 320 €, inscrite au
RCS de Paris sous le n°B 572 084 697 – 75433 Paris Cedex 09, société appartenant au
Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous
le numéro 026.

L'assureur délègue la gestion des contrats au gestionnaire :

GROUPE SOLLY AZAR

Entreprise régie par le Code des assurances, SAS au capital de 200 000 € - 353508955
RCS PARIS – Société de courtage d'Assurances – Siège social : 60 rue de la Chaussée
d'Antin 75439 PARIS CEDEX 09 – N°ORIAS : 07 008 500
Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue Taitbout – 75436 Paris
cedex 09

ARTICLE 1 – PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance frais de SANTE TNS est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des Assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Les contrats collectifs d'assurance à adhésion facultative individuelle SANTE TNS sont gérés dans le cadre des conventions n°**AC 489 899** et n°**AC 489 900**.

Le contrat groupe se compose des documents suivants:

- > Les conventions n°**AC 489 899** et **AC 489 900** pour les adhérents dépendant du régime des Travailleurs Non-Salariés.
- > La présente Notice d'informations référencée EQC076ANIR, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat.
- > Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'assuré, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites.
- > le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursements et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat groupe auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le contrat groupe est soumis à la Loi Française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

ARTICLE 2 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat SANTE TNS a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité engagés par les assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s).

ARTICLE 3 – CONDITIONS DE D'ADHESION

L'admission à la présente assurance en qualité d'Assuré est réservée aux personnes physiques adhérentes à l'Association GPMA et sous condition d'être âgées de 18 ans à 70 ans inclus, à la date de signature de la demande d'adhésion (l'âge est calculé par différence entre le millésime de l'année d'adhésion et le millésime de l'année de naissance).

ARTICLE 4 – MODALITES D'ADHESION

L'adhérent, après avoir reçu et pris connaissance des présentes dispositions générales et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il devra désigner ses ayants droit, parmi :

- **Son conjoint:**

- personne avec laquelle il est marié non divorcé et non séparé de corps judiciairement.
- son concubin, sous réserve d'une attestation sur l'honneur de vie maritale.
- son partenaire de PACS, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité.

- **Ses enfants:**

- âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime de base duquel relève l'assuré ou son conjoint.
- âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve:
 - Qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent.
 - Qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif.
 - Qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi.
- sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005. Pour pouvoir bénéficier immédiatement de la garantie dès le 1er jour de sa naissance, le nouveau-né doit être déclaré à GROUPE SOLLY AZAR dans les 90 jours de sa naissance. A défaut, la garantie est acquise à compter du jour de la réception de la demande d'ajout de bénéficiaire

- **Les ascendants, descendants ou collatéraux**, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'adhérent principal ou celui de son conjoint.

L'adhérent a le choix entre sept niveaux de garanties, formules de 1 à 7 et d'un renfort facultatif, dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties. Le niveau de garanties choisi sera ensuite identique pour les ayants droit.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, quel que soit le niveau de garanties choisi.

Toute adhésion au contrat SANTE TNS nécessite au préalable d'adhérer à l'Association GPMA dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée une fois par an : à la date d'adhésion puis à l'échéance anniversaire.

A ce titre, un exemplaire des statuts de l'Association lui est remis lors de son adhésion.

ARTICLE 5 – PRISE D'EFFET ET DUREE DE L'ADHESION

L'adhésion est réputée conclue à la date d'émission du certificat d'adhésion. La date d'effet du contrat est celle figurant sur le certificat d'adhésion ; elle est fixée au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion.

L'adhésion est conclue pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction à la date d'anniversaire de la date d'effet, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties, dans les cas et selon les modalités précisées au paragraphe « RESILIATION DU CONTRAT » ci-après. A l'exception des cas visés aux articles L.113-3, L.113-9 et L.326-12 du Code des Assurances.

Néanmoins, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'express condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès l'adhésion.

ARTICLE 6 – DECLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours d'adhésion, sont faites par l'adhérent pour son compte et celui de ses ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'adhérent doit fournir des réponses exactes.

- **À l'adhésion:** l'adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.
- **En cours de contrat:** l'adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexactes ou caduques et notamment :
 - Un changement d'état civil.
 - Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des bénéficiaires au Régime Obligatoire.

- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à un an.
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayants droit.
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle.
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations.
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Si un des ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être Bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

En cas d'ajout ou de sortie d'ayant droit, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant.

S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé au gestionnaire conformément aux dispositions de l'article «COTISATIONS». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'assuré, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites à l'adresse suivante :

GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09

Ces évènements doivent être signalés dans un délai de 30 jours suivant leur survenance ; L'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de 10 jours en restituant à l'adhérent le prorata de prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'adhérent.

ARTICLE 7 – CADRE JURIDIQUE DE L'ADHESION

L'adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale modifié par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014).

En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, avec information de l'adhérent.

ARTICLE 8 – CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés ou ayants droit d'un affilié à un régime français d'assurance maladie.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

ARTICLE 9 – ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résident à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'assuré s'applique. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en Euros dans la limite prévue par la garantie « Soins effectués à l'étranger » du poste soins.

ARTICLE 10 – GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Les montants de remboursements figurant dans le tableau de garanties sont exprimés, suivant le cas :

- en pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,
- en Frais réels (FR),
- en montant en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie qui incluent la prise en charge du ticket modérateur. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100% du tarif de responsabilité. Sur la majorité des postes, les plafonds sont exprimés par année d'assurance et par bénéficiaire. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Seul le poste optique (verre + monture) s'apprécie sur une période de deux ans, sauf mention contraire figurant dans le tableau de garanties. Le forfait attribué pour la monture est limité et ne pourra pas être supérieur à 150 euros,
- en montant par acte exprimé en euros.

Les montants de remboursements s'entendent:

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garanties joint au contrat.

- Pour le poste dentaire, les remboursements sont effectués dans la limite d'un plafond annuel par assuré pour l'ensemble des actes de prothèses dentaires acceptées et refusées ainsi que les inlays core, le niveau de remboursement est plafonné, (uniquement pour les formules 4 à 7, au-delà du plafond la garantie est limitée à 100% du TC y compris remboursement du Régime Obligatoire. La garantie « Prothèses dentaires, implantologie remboursées par le Régime Obligatoire » est majorée à l'échéance anniversaire de l'adhésion, à partir de la 3^{ème} année d'assurance, cette majoration s'ajoute à la garantie de base.
- Pour le poste hospitalisation, la garantie «Honoraires des Professionnels de santé adhérent à l'OPTAM» est augmentée à l'échéance anniversaire de l'adhésion (uniquement pour les formules 3 à 6, à partir de la 1^{ère} année d'assurance, et chaque année jusqu'à la 4^{ème} année d'adhésion.

La garantie « Prévention des risques cardiovasculaires » : selon le niveau de garanties souscrit, sont pris en charge dans la limite d'un forfait annuel par assuré ; le sevrage tabagique (hors cigarette électronique, celle-ci n'est pas considérée comme un moyen de sevrage), le tensiomètre, l'activité physique (l'Abonnement salle de sports, Abonnement Piscine, Frais d'adhésion à un club sportif et Licence Sportive sur présentation de justificatif nominatif (copies acceptées) portant les dates de validité de ce dernier).

Le tarif de référence pour le calcul des prestations, est celui en vigueur à la date des soins.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés

De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale (article 4127-1 du code de la santé publique).

ARTICLE 11 – EXCLUSIONS

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus au contrat.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum des contrats responsables.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- De guerre civile ou étrangère.
- De désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes.
- De traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique, sauf les actes remboursés par le Régime Obligatoire qui seront pris en charge à 100% du tarif de responsabilité.
- D'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin.

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables ».

ARTICLE 12 – MODIFICATIONS DES GARANTIES

12.1 - A l'échéance principale

L'adhérent a la possibilité de demander un changement de niveau de garanties par écrit et au plus tard deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion, en écrivant à l'adresse suivante:

GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09

Toutefois, une modification de niveau de garanties ne sera acceptée qu'après un délai de douze mois d'assurance minimum suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet d'un avenant. S'il s'agit d'une diminution de niveau de garantie, l'écart entre le niveau de garantie avant la modification et celui après la modification ne pourra pas dépasser deux niveaux consécutifs.

12.2 - A l'initiative de l'Assureur

Le contrat peut être modifié sur proposition de l'Assureur, notamment par nécessité de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats « responsables » (article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ») : dans ce cas, l'adhérent sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des Assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas à l'assureur de respecter un tel délai.

L'adhérent sera informé par courrier simple, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Ces modifications sont applicables sous réserve du consentement de l'adhérent dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement de l'adhérent est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'Assureur dans les trente jours suivant son exécution. En cas de refus d'une modification par l'adhérent, celui-ci peut résilier l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'information (article « RESILIATION DE L'ADHESION »). La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

ARTICLE 13 – AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT

13.1 - A l'échéance principale

L'adhérent a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou la sortie d'un ayant droit à la date échéance principale de l'adhésion, en prévenant l'Assureur au plus tard deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion, en écrivant à l'adresse suivante :

13.2 - Hors échéance principale

1. Ajout d'un ayant droit

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'assuré souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite (mail fax, courrier) à SOLLY AZAR à l'adresse précisée ci-dessus, dans un délai de 90 jours suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification du contrat prendra alors effet :

- À la date de naissance du nouveau-né.
- À la date de réception de la demande pour les autres cas (adoption, union).
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification du contrat prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

2. Sortie d'un ayant droit

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'assuré doit le déclarer par écrit (mail, fax, courrier) à GROUPE SOLLY AZAR dans les 15 jours suivant cet événement. La modification du contrat prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- En cas de décès, au lendemain du décès,
- À la date de réception de la déclaration pour les autres cas (séparation ou divorce, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire).
- Cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire).

ARTICLE 14 – ADAPTATION DES CONTRATS EN CAS DE MODIFICATIONS DU RÉGIME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE

Les garanties du présent contrat, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du régime d'assurance maladie en vigueur lors de sa prise d'effet.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une révision du contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

L'adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de l'adhésion, sans application du délai de préavis.

ARTICLE 15 – PRESTATIONS

15.1 - Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'adhérent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion.

Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au centre de gestion :

GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09

Dans les conditions et limites de remboursement du niveau de garanties choisi et mentionné au certificat d'adhésion, l'assureur peut prendre en charge :

- les frais ayant préalablement donné lieu à un remboursement par le Régime français d'assurance maladie.
- les frais non remboursés par le régime obligatoire mais prescrits médicalement, faisant l'objet d'une prise en charge.
- les frais non remboursés par le régime obligatoire et non prescrits.

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime d'assurance maladie.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable par le Régime d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont réglées dans les 15 jours qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.

Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français.

Les décomptes seront adressés chaque mois par mail ou par courrier et seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des assurés géré par GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin – 75439 PARIS Cedex 09.

15.2 – Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques.

Si l'adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à l'adresse suivante:

GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09

L'adhérent bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale.

En cas de rejet de la télétransmission, l'assuré sera amené à transmettre l'original de son décompte.

Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

15.3 - Tiers payant

L'adhésion au contrat SANTE TNS permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par le régime d'assurance maladie, l'assuré est dispensé du paiement du ticket modérateur.

Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

La carte de Tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant ALMERYS ou sur simple demande à GROUPE SOLLY AZAR.

En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux professionnels de santé postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

15.4 - Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à GROUPE SOLLY AZAR, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro d'adhésion.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante:

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies. (Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire).
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier.
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable.
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité.
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires.
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une

ordonnance de moins de deux ans. L'évolution de la vue devra être justifiée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou soit sur la présentation de la prescription initiale comportant des mentions de l'opticien en application de l'article R165-1 du code de la Sécurité Sociale.

- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire.
- Lorsque l'Adhérent ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause.
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'adhérent.
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'adhérent.
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours.
- La facture détaillée du praticien diplômé d'Etat si l'assuré consulte un ostéopathe, un chiropracteur, un étio-pathe, un homéopathe, un podologue, un pédicure ou un diététicien au titre du poste prévention & bien-être.
- Un certificat médical précisant la nature de la pathologie (cancer atteignant le sein ou l'appareil reproducteur féminin, c'est-à-dire l'ovaire, l'utérus, le vagin et les organes génitaux externes; ou d'un cancer de la prostate) et mentionnant la date de la 1^{er} constatation au titre de la garantie « Forfait coup dur ».
- Les factures originales pour tous les actes et frais non remboursés par le Régime Obligatoire mais dont les garanties sont couvertes par ce contrat.

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

En tout état de cause, tout justificatif produit plus de 2 ans après la date de soin ne pourra pas faire l'objet de remboursement.

En cas d'utilisation de documents inexacts ou de moyens frauduleux en vue d'obtenir le remboursement ou le paiement de prestations, une déchéance de tout droit à l'indemnité sur la totalité du sinistre sera appliquée

ARTICLE 16 – CONTROLE, PROCEDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

16.1 - Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil peut demander à l'adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

Sous peine de déchéance, l'adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

En fonction du résultat de ces contrôles, l'assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'assuré, l'assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

16.2 - Procédure d'Expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'assureur auront le droit de venir constater l'état de santé de l'adhérent. Dans le cas où l'adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

16.3 – Arbitrage

En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

A défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 17 – COTISATIONS

17.1 - Montant de la cotisation

La cotisation est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en Euros, tous frais et taxes inclus.

Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'adhérent, les garanties choisies, l'âge des assurés, la composition familiale et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

La gratuité est accordée à partir du 3^{ème} enfant. La cotisation totale due par l'assuré correspond au cumul des cotisations de chaque bénéficiaire.

17.2 - Variation de la cotisation

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'adhérent et de ses ayants droit à l'échéance de l'adhésion.

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de modification de la législation sociale et/ou fiscale, changement de garanties, ajout ou sortie d'ayant droit, modification du régime d'assurance maladie ou en cas de changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

17.3 - Révision de la cotisation

L'Assureur peut être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur la lettre d'information annuelle. L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance.

17.4 - Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi à l'adhésion par l'adhérent : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut - indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le présent contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les 10 jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, le contrat sera automatiquement résilié 10 jours après l'expiration du délai de trente jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

17.5 - Prélèvement

En cas de rejet d'une cotisation, un courrier sera adressé à l'assuré l'informant que la cotisation rejetée sera de nouveau prélevée le mois suivant. En cas de 2ème rejet de la cotisation, les prélèvements cesseront et l'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions de cotisation déjà réglées, sera alors immédiatement exigible. Le mode de paiement annuel sera alors prévu pour les cotisations ultérieures. En cas de non-paiement du solde de la cotisation, l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement comme indiqué ciavant.

17.6 - Loi Madelin

Pour les adhérents exerçant une activité professionnelle non salariée et percevant à ce titre des BIC ou des BNC ou une rémunération relevant de l'article 62 du CGI, les garanties santé sont éligibles à la loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » sur la base des conventions référencées n°AC 489 899 et AC 489 900. Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'adhérent doit, chaque année, fournir à SOLLY AZAR une attestation de paiement de ses cotisations au Régime Obligatoire de retraite et de prévoyance.

ARTICLE 18 – RESILIATION DE L'ADHESION

18.1 - Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation est du fait de l'assuré, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à l'adresse suivante :

GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09

Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

18.2 - Conséquences de la résiliation

Les garanties restent acquises pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

18.3 - Résiliation par l'adhérent

L'adhérent peut résilier son adhésion:

- A l'échéance en adressant à l'assureur une lettre recommandée au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure.
- En cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de cette modification. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
- En cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L.113-4 du Code des Assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

Les dispositions applicables en cas de diminution du risque ne sont pas applicables lorsque l'état de santé de l'adhérent se trouve modifié.

18.4 - Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier le contrat:

- En cas de non-paiement des cotisations (article L.113-3 du Code des Assurances), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de résiliation, si la cotisation n'est pas réglée.
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent sans que la mauvaise foi de l'assuré soit établie (article L.113-9 du Code des Assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

18.5 - Résiliation par l'adhérent ou l'assureur

L'adhérent ou l'assureur peut résilier l'adhésion en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des Assurances), dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'assuré d'une lettre d'information pour l'assureur.

18.6 - Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit:

- En cas de décès de l'adhérent. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, une nouvelle offre leur sera proposée, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- En cas de départ de la France métropolitaine pour une durée supérieure à un an. La résiliation prend effet le 1^{er} jour qui suit le 1^{er} anniversaire du départ.

ARTICLE 19 – SUBROGATION

En vertu du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions des assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

ARTICLE 20 – PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et 114-3 du Code des assurances :

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

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur 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'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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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. »

Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription :

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

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.

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

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.

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.

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.

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

ARTICLE 21 – EXAMEN DES RECLAMATIONS ET MEDIATION

21.1 - Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son adhésion, ses cotisations ou encore ses prestations, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications:

GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09

Si l'adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

L'ÉQUITÉ - Cellule Qualité 75433 Paris Cedex 09

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si l'adhésion au contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'adhérent ou l'assureur.

21.2 - Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'adhérent et l'assureur après examen de sa demande par le service réclamations, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à M. le Médiateur de l'Assurance - BP 290 - 75 425 Paris Cedex 9.

Cependant, il est précisé que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de la demande de l'assuré et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où cette demande n'a pas été soumise à une juridiction.

ARTICLE 22 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations à caractère personnel recueillies par SOLLY AZAR sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes d'adhésion ou de gestion du présent contrat. Elles feront l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la Loi du 6 août 2004.

Toutefois, conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal. Ces données ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, SOLLY AZAR peut être amené à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

L'adhérent peut également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de son identité, accéder aux informations le concernant, les faire rectifier, supprimer, s'opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales.

Ces droits peuvent être exercés en écrivant à :

GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09

Les informations personnelles y compris celles recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du code pénal, pourront être utilisées par L'ÉQUITÉ pour des besoins : de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement, d'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme, de prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'assuré à la prospection conformément aux exigences légales.

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, l'Adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8, rue Vivienne, 75002 PARIS.

ARTICLE 23 – AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est:

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09

ARTICLE 24 – DROIT DE RENONCIATION

Vous disposez de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance selon les modalités ci-après:

24.1 - En cas de démarchage à domicile:

Conformément à l'article L 112-9 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."

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances – l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion en envoyant le modèle de lettre joint ci-après.

Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de 14 jours précités.

« Je soussigné(e) _____, N° de l'adhésion _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion à la convention n°AC 489 899 ou n°AC 489 900 effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion), conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances. Fait à _____, le _____
« Signature ».

24.2 - En cas de vente à distance :

Les dispositions ci-après s'appliquent aux adhésions exclusivement conclus à distance au sens des articles L.112-2-1 du Code des Assurances et L.121-6 du Code de la Consommation, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de "une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat".

Conformément à l'article L.112-2-1 II du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.121-28 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion de l'adhésion.

Si l'adhérent a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'adhérent a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée à l'adresse suivante :

GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09

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

Nom, Prénom _____

Adresse _____

N° du contrat SANTE TNS _____

N° de convention n°AC 489 899 ou n°AC 489 900

Mode de paiement choisi _____

Montant de la cotisation déjà acquittée _____ €

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à ma adhésion à SANTE TNS citée en référence conclue en date du _____.

Je souhaite donc qu'elle soit résiliée à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____, à _____

Signature de l'adhérent

L'assureur rembourse la cotisation perçue de l'adhérent en application du contrat, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.

Ce remboursement intervient au plus tard dans les 30 jours suivant la réception par l'assureur de la notification de la renonciation.

ARTICLE 25 – Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

Si l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique.

En s'inscrivant sur cette liste, nous aurons interdiction le démarcher, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes.

Ces dispositions sont applicables pour nos contrats qui couvrent des personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles.

CHAPITRE II. SUR-COMPLÉMENTAIRE

L'option de sur-complémentaire souscrit par :

GPMA

(Groupement Prévoyance Maladie Accident) Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 - 7 boulevard Haussmann 75447 Paris Cedex 09

Auprès de l'assureur :

L'ÉQUITÉ

Entreprise régie par le Code des Assurances, SA au capital de 22 469 320 €, inscrite au RCS de Paris sous le n°B 572 084 697 – 75433 Paris Cedex 09, société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

L'assureur délègue la gestion des contrats au gestionnaire :

GROUPE SOLLY AZAR

Entreprise régie par le Code des assurances, SAS au capital de 200 000 € - 353508955 RCS PARIS – Société de courtage d'Assurances – Siège social : 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS CEDEX 09 – N°ORIAS : 07 008 500 Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue Taitbout – 75436 Paris cedex 09

ARTICLE 1 – PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance frais de santé **Sur-complémentaire** est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des Assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Le contrat groupe est géré dans le cadre de la convention n°**AC 491 141**.

Le contrat groupe se compose des documents suivants:

- La présente Notice d'informations, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat.
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'assuré, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites.
- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursements et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat groupe auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le contrat groupe est soumis à la Loi Française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

ARTICLE 2 – OBJET DU CONTRAT

L'adhésion au contrat a pour objet le remboursement de prestations frais de santé engagés par les assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s), à l'occasion d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité, en complément de celles déjà versées par le Régime Obligatoire et le Régime Complémentaire dont relève l'assuré.

Par Régime Obligatoire, on entend le régime français d'assurance maladie auquel l'adhérent est obligatoirement rattaché en fonction de sa situation professionnelle.

Par Régime Complémentaire, on entend Organisme qui prend en charge les frais de santé en complément des organismes de Régime Obligatoire.

ARTICLE 3 – MODALITÉS D'ADHESION

Le demandeur, après avoir pris connaissance des présentes Dispositions Générales et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il pourra désigner ses éventuels ayants droit, à la condition qu'ils respectent les conditions d'adhésion définies à l'article 2, parmi :

- Son conjoint, personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement
- Son concubin, sous réserve de la production d'un justificatif de concubinage ou de vie commune
- Son partenaire de PACS, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité
- Les enfants, âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire dont relève l'adhérent ou son conjoint, âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
 - Qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent.
 - Qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif.
 - Qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi.
 - sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.
- les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'adhérent ou celui de son conjoint.

Le demandeur peut choisir uniquement un seul niveau de garanties. Le demandeur a nécessairement choisi une complémentaire SANTE TNS avec une formule 4, 5, 6 ou 7.

Les garanties choisies seront ensuite identiques pour les ayants droit.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, quel que soit le niveau de garanties choisi.

Toute adhésion au contrat SANTE TNS nécessite au préalable d'adhérer à l'Association GPMA dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée une fois par an : à la date d'adhésion puis au 1er janvier de chaque année. A ce titre, un exemplaire des statuts de l'Association lui est remis lors de son adhésion.

ARTICLE 4 – PRISE D'EFFET ET DUREE DE L'ADHESION

La prise d'effet de l'adhésion est conditionnée à l'encaissement effectif de la première cotisation.

La date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion. Elle est toujours fixée au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du dossier complet.

L'adhésion est conclue pour une période initiale de 12 mois.

A l'expiration de cette période et sauf stipulation contraire, l'adhésion est ensuite reconduite d'année en année à l'échéance qui est fixée au 1er janvier, avec une possibilité de résiliation comme précisé au paragraphe « 5 - RÉSILIATION DE L'ADHESION ».

ARTICLE 5 – RESILIATION DE L'ADHESION

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

6.1 - Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'adhérent, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à l'adresse suivante :

GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09

Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

6.2 - Résiliation par l'adhérent

L'adhérent peut résilier son adhésion:

- Un an après la date d'effet de l'adhésion, moyennant un préavis de deux mois puis à l'échéance, moyennant un préavis d'une durée identique. L'adhérent adressera sa demande à l'assureur par lettre recommandée. La résiliation prend effet au jour du premier anniversaire ou au jour de l'échéance principale à 0 heure.

- En cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date où l'adhérent a reçu son avis d'échéance. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
- En cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des Assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

6.3 - Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier le contrat:

- En cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des Assurances), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des Assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation adressée en recommandé.

6.4 - Résiliation de plein droit

Le contrat est résilié de plein droit:

- En cas de décès de l'adhérent. En présence d'ayants droit, un nouveau contrat leur sera proposé s'ils le souhaitent, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- En cas de résiliation du Régime Complémentaire de l'adhérent, sans souscription d'une nouvelle couverture. Ce dernier doit alors en informer immédiatement l'assureur par lettre recommandée en joignant le certificat de résiliation de sa complémentaire santé. Ne respectant plus les conditions d'adhésion définies à l'article 2, un nouveau contrat lui sera alors proposé s'il le souhaite, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- en cas de départ de la France pour une durée supérieure à un an. La résiliation prend effet le 1^{er} jour qui suit le 1^{er} anniversaire du départ.

ARTICLE 6 – DECLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'adhérent pour son compte et celui de ses ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'adhérent doit fournir des réponses exactes.

• **À l'adhésion**

L'adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

- **En cours d'adhésion**

L'adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment:

- Un changement d'état civil.
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire français.
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Complémentaire.
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à un an.
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit.
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle.
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations.
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours d'adhésion doivent être faites à l'adresse suivante :

GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09

Ces événements doivent être signalés dans un délai de 15 jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de 10 jours en restituant à l'adhérent le prorata de prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'adhérent.

ARTICLE 7 – CADRE JURIDIQUE DE L'ADHESION

Compte tenu de la spécificité de la couverture proposée, les garanties du contrat ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits «contrats responsables» (articles L871-1 , R871-1 ET R871-2 du code de la Sécurité sociale).

Cependant, les garanties ne prennent pas en charge la participation forfaitaire et les franchises médicales, appliquée par le régime obligatoire et qui restent à la charge de l'adhérent (articles L322-2 du code de la Sécurité sociale). En conséquence, en cas d'évolution de la

réglementation liée à ces dispositions, les garanties du contrat feront l'objet de modifications après information préalable de l'adhérent.

ARTICLE 8 – CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent :

- Etre affiliés ou ayants droit d'un affilié à un Régime Obligatoire Français d'assurance maladie.
- Bénéficier d'un Régime Complémentaire, prenant en charge les dépenses de santé en complément de celles du Régime Obligatoire.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, seule est prise en compte la date d'exécution des travaux qui doit être située dans la période de garantie.

ARTICLE 9 – ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie et le Régime Complémentaire de l'adhérent s'appliquent.

Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros.

ARTICLE 10 – GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties.

Les montants de remboursements s'entendent:

- En sus des remboursements du Régime Obligatoire et du Régime Complémentaire lorsqu'ils interviennent.
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie.

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexées à la présente notice d'informations, sont exprimés, suivant le cas:

- En pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné.
- En montant annuel exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie par année d'assurance et par Bénéficiaire et ne peuvent être dépassés. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Le tarif en vigueur auquel se réfère l'assureur pour le calcul des prestations est celui à la date des soins.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

De convention expresse, l'assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

ARTICLE 11 – LIMITATION SPECIFIQUE A LA CHAMBRE PARTICULIERE

En cas d'hospitalisation, la chambre particulière est prise en charge dans la limite de 90 jours par année d'assurance et par assuré. Cette durée est réduite à 30 jours en cas d'hospitalisation en service psychiatrique.

ARTICLE 12 – DELAIS D'ATTENTE

Les garanties du contrat prennent effet, immédiatement après l'adhésion.

ARTICLE 13 – EXCLUSIONS

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus au contrat.

Les garanties ne s'exercent pas en cas:

- **De guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvements populaires. □ De désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes.**
- **De séjour en centres hospitaliers de moyens et longs séjours ainsi que pour les personnes âgées dépendantes.**
- **De séjour en milieu spécialisé : maison de rééducation, de réadaptation, de diététique, de repos, de convalescence et moyen séjour.**
- **De séjour en établissement psychiatrique, institut médico-pédagogique et établissements similaires.**
- **De traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement, d'amaigrissement ou esthétique.**
- **de séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants ou substances analogues. □ d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'adhérent des prescriptions du médecin.**

Sont également applicables les exclusions mentionnées à l'article « 7 - CADRE JURIDIQUE DE L'ADHESION ».

ARTICLE 14 – MODIFICATIONS DES GARANTIES à la demande de l'Assureur

L'adhésion peut être modifiée sur proposition de l'assureur, par suite de modification des dispositions du Régime Obligatoire ou par nécessité de mise en conformité avec les dispositions réglementaires.

Dans ce cas, l'adhérent sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que ces nouvelles dispositions ne permettent pas de respecter un tel délai.

L'adhérent sera informé par courrier simple, l'assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Ces modifications sont applicables sous réserve du consentement de l'adhérent dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement de l'adhérent est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'assureur dans les trente jours suivant son exécution.

En cas de refus d'une modification par l'adhérent, celui-ci peut résilier l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

ARTICLE 15 – AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT

15.1 - Ajout d'un ayant droit

A l'échéance principale de l'adhésion, l'adhérent a la possibilité de demander l'ajout d'un ayant droit, sous réserve des conditions permettant d'être désigné comme tel, en prévenant l'assureur par écrit au plus tard deux mois avant l'échéance principale.

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite à cet effet:

- Dans un délai de 2 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption.
- Dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification de l'adhésion prendra alors effet:

- À la date de naissance du nouveau-né.
- À la date de jugement d'un enfant adopté.
- À la date de l'union avec son conjoint.
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification de l'adhésion prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

15.2 - Sortie d'un ayant droit

À l'échéance principale de l'adhésion, l'adhérent a la possibilité de demander la sortie d'un ayant droit, en prévenant l'assureur par écrit au plus tard deux mois avant l'échéance principale.

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'adhérent doit le déclarer par écrit dans les 15 jours suivant cet événement. La modification de l'adhésion prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit:

- À la date du décès.
- À la date de séparation ou de divorce.
- À la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime Obligatoire.

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'assureur pourra demander à l'adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Si un des ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être Bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci. Dans ce cas, un nouveau contrat leur sera proposé s'ils le souhaitent, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.

15.3 - Ajustement sur la cotisation

En cas d'ajout ou de sortie d'ayant droit, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant.

S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'assureur conformément aux dispositions de l'article « 16 – COTISATIONS ». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

ARTICLE 16 – COTISATIONS

16.1 - Montant de la cotisation

La cotisation annuelle est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus.

Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le niveau de garanties choisi, l'âge des assurés et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque assuré. La cotisation totale est due par l'adhérent.

16.2 - Variation de la cotisation

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'adhérent et de ses ayants droit à l'échéance de l'adhésion.

En cours d'adhésion, la cotisation peut varier en cas de:

- Modification de la législation sociale et/ou fiscale.
- Changement de garanties.
- Ajout ou sortie de bénéficiaire.
- Changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

16.3 - Révision de la cotisation

L'assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1^{er} janvier. Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur la lettre d'information annuelle.

L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant son adhésion dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance.

16.4 - Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par l'adhérent : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 15 du mois précédant la quittance. En cas de rejet de prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'adhérent.

16.5 - Défaut de paiement

Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut - indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties du contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le présent contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, l'assurance sera automatiquement résiliée dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

ARTICLE 17 – PRESTATIONS

17.1 - Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'adhérent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion.

Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au centre de gestion:

GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance maladie et du Régime Complémentaire.

Les prestations sont réglées dans les 48 heures qui suivent soit la remise des justificatifs.

Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français.

Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des assurés géré par Solly Azar.

17.2 - Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à Solly Azar, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro d'adhésion.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante:

- Le décompte de remboursements du Régime Complémentaire, sur lequel figure le montant de la dépense, la base de remboursement du Régime Obligatoire, ainsi que les montants respectifs des remboursements effectués par le Régime Obligatoire et le Régime Complémentaire.
- Pour les dépenses non prises en charge par l'un ou l'autre de ces organismes, l'adhérent doit néanmoins communiquer le décompte de remboursement du Régime Complémentaire qui précisera sa non-participation à la prise en charge de la dépense concernée.
- Sur demande, les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés.

- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours.
- Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

En cas d'utilisation de documents inexacts ou de moyens frauduleux en vue d'obtenir le remboursement ou le paiement de prestations, une déchéance de tout droit à l'indemnité sur la totalité du sinistre sera appliquée.

ARTICLE 18 – CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

18.1 - Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil peut demander à l'adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, l'adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

En fonction du résultat de ces contrôles, l'assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'adhérent, l'assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

18.2 - Procédure d'Expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'assureur auront, à toute époque le droit de constater médicalement l'état de santé de l'adhérent. Dans le cas où l'adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

18.3 - Arbitrage

- En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.
- Chacun des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. Ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

A défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant

été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 19 – SUBROGATION

En vertu du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions des assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

ARTICLE 20 – PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et 114-3 du Code des assurances:

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

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur 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'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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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. »

Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription :

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

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.

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

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.

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.

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.

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

ARTICLE 21 – EXAMEN DES RECLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

21.1 - Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son adhésion, ses cotisations ou encore ses sinistres, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications:

GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09

Si l'adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à:

L'Équité - Service Réclamations 75433 PARIS Cedex 09

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si l'adhésion au contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'assuré ou l'assureur.

21.2 - Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'adhérent et l'assureur après examen de sa demande par le service réclamations, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à M. le Médiateur de l'Assurance BP 290 - 75 425 Paris Cedex 9.

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de la demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande de l'adhérent n'a pas été soumise à une juridiction.

ARTICLE 22 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations à caractère personnel recueillies par l'assureur ou son délégataire Solly Azar sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes d'adhésion ou de gestion de la présente adhésion. Elles feront l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978.

Conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal. Ces données ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'assureur ou son délégataire Solly Azar peut être amené à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

L'adhérent peut également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de son identité, accéder aux informations le concernant, les faire rectifier, supprimer, s'opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales.

Ces droits peuvent être exercés en écrivant à :

GROUPE SOLLY AZAR 60, rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS Cedex 09

Les informations personnelles y compris celles recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du code pénal, pourront être utilisées par l'assureur pour des besoins :

- De connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement.
- D'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme.
- De prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'assuré à la prospection conformément aux exigences légales.

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, l'adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8, rue Vivienne, 75002 PARIS »

ARTICLE 23 – AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente adhésion est:

**L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue Taitbout 75436 Paris
Cedex 09**

ARTICLE 24 – RENONCIATION A L'ADHESION

Conformément à l'article L 112-9 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 quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances – l'adhérent peut renoncer au présent contrat en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception.

Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

<p>« Je soussigné _____, N° d'adhésion _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion). Fait à _____, le _____ « Signature ».</p>

ARTICLE 25 – VENTE A DISTANCE : CONCLUSION DE L'ADHESION ET DROIT DE RENONCIATION

Les dispositions ci-après s'appliquent aux adhésions exclusivement conclus à distance au sens de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances et L 121-26 du Code de la consommation, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de «une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat».

26.1 - Droit de renonciation

Conformément à l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L 121-28 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion de l'adhésion.

Si l'adhérent a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'adhérent a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée à Solly Azar 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 Paris Cedex 09, et peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

Nom, Prénom _____
Adresse _____
N° d'adhésion SANTE TNS _____
N° de convention n°AC 491 141
Mode de paiement choisi _____
Montant de la cotisation déjà acquittée _____ €
Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à mon adhésion à SANTE TNS citée en référence conclue en date du _____.
Je souhaite donc qu'elle soit résiliée à compter de la date de réception de la présente lettre.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.
Fait le _____, à _____
Signature de l'adhérent

L'assureur rembourse la cotisation perçue de l'adhérent en application de l'adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées. Ce remboursement intervient au plus tard dans les 30 jours, ce délai commençant à courir à compter du jour où l'assureur reçoit notification de la renonciation.

ARTICLE 26 - Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique:

Si l'Assuré ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique.

En s'inscrivant sur cette liste, nous aurons interdiction le démarcher, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes.

Ces dispositions sont applicables pour nos contrats qui couvrent des personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles.

CHAPITRE III. LA CONVENTION D'ASSISTANCE

Les prestations de la présente convention d'assistance souscrite par SOLLY AZAR auprès de :

FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660 €
479 065 351 RCS Paris
Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris
Entreprise régie par le Code des assurances

sont mises en œuvre par :

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE

SAS au capital de 7 584 076,86 €
490 381 753 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-ouen
Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>

Ci-après dénommée "**Mondial Assistance**"

ARTICLE 1 - EVENEMENTS GARANTIS

Les conditions de délivrance des garanties de la présente convention varient selon les prestations :

- Les prestations décrites à l'article 5.1 « INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE » et 5.5 « TELECONSEIL SANTE » peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- Les prestations décrites à l'article 5.2 « HOSPITALISATION - IMMOBILISATION A DOMICILE » sont délivrées en cas :
 - D'hospitalisation du Bénéficiaire et/ou
 - D'immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation.
- Les prestations décrites à l'article 5.3 « COMPLEMENT POUR LES AIDANTS » sont délivrées en cas d'entrée en dépendance d'un Membre de la famille. L'ensemble des prestations est délivré conformément aux conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

ARTICLE 2 – RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

Informations – Conseils – Services à la personne

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil social	Illimité	
Services à la personne	Mise en relation avec le réseau de Prestataires agréés dans le cadre de la loi Borloo, sans prise en charge	Utilisable à tout moment dès la l'adhésion pendant les heures d'ouverture du service.
Informations juridiques, administratives et pratiques	Illimité	Prestation rendue par téléphone exclusivement.

Hospitalisation – immobilisation à domicile

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
ASSISTANCE À DOMICILE		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services.	Illimité	Durée d'Hospitalisation au moins égale à 2 nuitées ou durée d'Immobilisation à Domicile au moins égale à 2 jours.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	Forfait de 300€ TTC	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation à Domicile. La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 2 fois par période annuelle de garantie.

COMPLEMENT POUR LES AIDANTS

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
PRESTATIONS PONCTUELLES A L'ENTREE EN DEPENDANCE		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 3 mois suivant l'entrée en Dépendance du Membre de la famille. La prise en charge est limitée à 1 fois par Membre de la famille aidé.

Enveloppe de services et d'aide à Domicile	Forfait de 300€ TTC	
LE RÉPIT DE L'AIDANT		
Téléassistance permanente au domicile	Mise en relation sans prise en charge donnant droit à un tarif préférentiel	Le contrat souscrit reste à la charge du bénéficiaire
Aide à domicile ou solution d'hébergement temporaire pour l'aidé	500€ TTC maximum	La prise en charge est limitée à 1 fois par personne aidée et par période annuelle de garantie.

TELECONSEIL SANTE

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Questions médicales face à un symptôme	Illimité	Utilisable à tout moment dès l'adhésion pendant les heures d'ouverture du service. Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Informations médicales et parcours de santé		
Orientation vers un centre médical de référence spécialisé		
Prise de rendez-vous médicaux en ligne		Prestation rendue par internet exclusivement

ARTICLE 3 – VALIDITÉ DE LA CONVENTION

- **Validité territoriale**

Les prestations de la présente convention sont acquises uniquement sur le territoire du Domicile du Bénéficiaire ou du Domicile du Membre de la famille aidé.

- **Durée de validité**

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat, (cette durée est d'un an renouvelable à compter de la date d'effet du contrat et renouvelable par tacite reconduction à la date anniversaire de ce terme) et de l'accord liant GROUPE SOLLY AZAR et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

ARTICLE 4 – DÉFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente Convention d'assistance « SANTE TNS » (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante:

- **Aidant :**

Bénéficiaire assuré majeur qui vient en aide à titre non professionnel à un Membre de la famille dépendant. L'aide apportée peut être permanente ou non, au Domicile du Membre de la famille aidé à condition qu'il soit situé en France, ou au Domicile de l'Aidant.

- **Bénéficiaire :**

Le terme « Bénéficiaire » se réfère:

- A la personne physique assurée par le contrat n° 921812 (le « Bénéficiaire assuré »).
- A son Conjoint
- et/ou à ses Enfants.

- **Conjoint :**

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

- **Domicile**

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

- **Enfants:**

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

- **France:**

France métropolitaine exclusivement, où se situe le Domicile.

- **Hospitalisation :**

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public, non programmé ou ne pouvant être reporté.

Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

- Les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ambulatoire : administration d'un traitement anti-cancer dans un hôpital de jour, à la suite de laquelle le Bénéficiaire peut rentrer chez lui.
- Les traitements de chirurgie ambulatoire : traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de soins.

Une durée d'Hospitalisation peut être prévue à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

Sont exclues:

- **Les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques.**
- **Les hospitalisations à domicile.**
- **Les hospitalisations chirurgicales à but esthétique.**
- **les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.**

- **Immobilisation à domicile:**

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin.

Une durée d'Immobilisation peut être prévue à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

- **Membre de la famille:**

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

- **Membre de la famille dépendant à charge :**

Membre de la famille fiscalement à charge du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré.

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

- **Prestataire:**

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

- **Proche:**

Toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant sur le territoire où se situe le Domicile et désignée par le Bénéficiaire.

- **Transport :**

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par:

- Train en 2nde classe sauf mention contraire.
- Avion en classe économique.
- Véhicule de location.
- Taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

ARTICLE 5 - PRESTATIONS

Les montants de prise en charge figurent dans l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE »

Mondial Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la qualité de Bénéficiaire du demandeur ainsi que la matérialité de l'événement ouvrant droit aux prestations.

5.1 Informations – Conseils – Services à la personne

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants:

- **Conseil social:**

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socioéconomique du Bénéficiaire, évalue ses besoins et lui fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

- **Services à la personne**

Mondial Assistance peut:

- Fournir au Bénéficiaire toute l'information utile sur les services à la personne.
- Mettre le Bénéficiaire en relation avec un Prestataire de son réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la loi Borloo (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la loi Borloo (esthéticienne, coiffure à Domicile, pédicure, manucure, massages - hors soins thérapeutiques).

Les Prestataires délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre des activités définies comme telles par la loi Borloo sont agréés, afin que le Bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux.

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du Bénéficiaire.

Pour toute mise en place de prestation, le Prestataire dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec le Bénéficiaire.

- **Informations juridiques, administratives et pratiques**

Mondial Assistance communique, par téléphone, des renseignements dans les domaines ci-après:

- Informations juridiques : Fiscalité, justice, défense recours, assurance, travail, protection sociale, retraite, famille, mariage, divorce, succession.
- Information sur les démarches administratives à effectuer.
- Informations pratiques : information loisirs pour les seniors, informations spécialisées pour les malvoyants, etc.

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

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

Mondial Assistance peut fournir des renseignements d'ordre juridique: en aucun cas elle ne donne de consultation juridique

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

5.2 - Hospitalisation - Immobilisation à domicile

ASSISTANCE A DOMICILE

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

- Evaluation des besoins et recommandations : telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- Enveloppe de services et d'aide à Domicile: telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

5.3 - Complément pour les aidants

Lorsque le Bénéficiaire assuré se retrouve en situation de devoir aider un Membre de la famille devenu dépendant, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

- Evaluation des besoins et recommandations: telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

- Enveloppe de services et d'aide à Domicile: telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

PRESTATIONS PONCTUELLES A L'ENTREE EN DEPENDANCE

Sur simple appel téléphonique, suite à l'entrée en Dépendance d'un Membre de la famille et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

- Evaluation des besoins et recommandations: telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- Enveloppe de services et d'aide à Domicile: telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

LE REPIT DE L'AIDANT

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après:

- **Téléassistance permanente au Domicile**

Mondial Assistance propose un abonnement à un service de téléassistance permanente au Domicile du Membre de la famille en état de Dépendance, sans prise en charge.

L'abonnement à ce service fait l'objet d'un contrat distinct conclu entre le Bénéficiaire et la société GTS, société du groupe Allianz Global Assistance, Société Anonyme au capital de 720 000 euros, SIRET 330 377 193 00082 RCS Nanterre, dont le siège social est au 81 rue Pierre Sémard 92320 Châtillon.

Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au Bénéficiaire de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

□ Aide à Domicile ou solution d'hébergement temporaire pour le Membre de la famille en état de Dépendance

Mondial Assistance, organise et prend en charge, en fonction des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires:

- Une aide à domicile auprès de la personne aidée, dans les conditions précisées à la prestation « Veille ou prise en charge du Membre de la famille en état de dépendance » de l'article 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- Une solution d'hébergement temporaire dans un établissement approprié.

5.4 - Description des services et aides à domicile

- **Evaluation des besoins et recommandations**

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

- **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiqués à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation. Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation. Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.

Le montant maximum indiqué à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISE EN CHARGE » ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, Mondial Assistance peut, à sa demande :

- **Organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés.**
- **Lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.**

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

Ci-après la description des services et aides à Domicile proposés :

- **Transport :**

Mondial Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.

- **Aide à Domicile :**

Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- Soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère).
- Soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale.
- Soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

- **Préparation du retour au Domicile :**

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses. **Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.**

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés. La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

- **Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire :**

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

- **Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche :**

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

- **Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans :**

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé au Domicile.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (à l'exclusion des soins médicaux).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

- **Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants de moins de 15 ans:**

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi allerretour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

- **Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge:**

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- Soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.).
- Soit une personne de compagnie.
- Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

- **Portage des repas :**

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « **Aide à Domicile** » de l'article 5.4.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse et DOM-ROM.

- **Garde à Domicile de l'enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent:**

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

- **Fermeture du Domicile quitté en urgence:**

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

- **Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal):**

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{nde} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

- **Livraison de courses:**

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile. Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

- **Bien-être à domicile: coiffure et esthétique:**

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants:

- Esthéticienne.
- Coiffeur.
- Prothésiste capillaire.
- y compris ceux réalisés à domicile.

5.5 - Téléconseil sante

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

- Questions médicales face à un symptôme : lorsque le Bénéficiaire s'interroge face à un symptôme ressenti, le service médical de Mondial Assistance lui fournit une aide à la compréhension du symptôme et le renseigne sur la conduite à tenir : nécessité d'être orienté vers un médecin (de façon urgente ou différé), conseils relatifs à l'utilisation de médicaments stockés, achat d'un médicament sans ordonnance.
- Informations médicales et parcours de santé : un médecin de Mondial Assistance répond aux questions du Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi.
- Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.

- Orientation vers un centre médical de référence spécialisé : lorsque le Bénéficiaire doit subir une intervention chirurgicale grave ou lorsqu'il fait face à une maladie chronique déclarée, il peut demander une orientation vers un service médical ou chirurgical de référence spécialisé.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale. En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

- **Prise de rendez-vous médicaux en ligne :**

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire un site internet <http://mondialassistance.rdvmedicaux.com> qui lui permet de prendre rendez-vous en ligne avec un spécialiste.

ARTICLE 6 - RESPONSABILITE

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

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

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

L'organisation par le Bénéficiaire ou ses proches de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable:

- Des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité.
- De l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

ARTICLE 7 - EXCLUSIONS GENERALES

- Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus:
 - Les frais non justifiés par des documents originaux.
 - Le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire.
 - Les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement.
- Les conséquences:
 - Des situations à risques infectieux en contexte épidémique.
 - De l'exposition à des agents biologiques infectants.
 - De l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat.
 - De l'exposition à des agents incapacitants.
 - De l'exposition à des agents radioactifs.
 - De l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents.
 - Qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne.
 - Les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense.
- Les conséquences:
 - De maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat.
 - De maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.
 - Des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées.
 - Les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

ARTICLE 8 - MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à :

**MONDIAL ASSISTANCE FRANCE SAS Traitement Réclamations TSA 70002 93488
CEDEX**

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mondial Assistance le tiendrait informé.

ARTICLE 9 - LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la "Loi Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'opposition, d'accès, de modification, de rectification et de suppression de toute information le concernant, qui figurerait dans les fichiers, en s'adressant à :

**Mondial Assistance France SAS Direction Technique – Service Juridique – DT03 7 rue
Dora Maar CS 60001 93488 Saint-Ouen Cedex**

En application de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Mondial Assistance se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de l'exécution et de la gestion des prestations.

ARTICLE 10 – AUTORITE DE CONTROLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

ARTICLE 11 – LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français