

Santé

Allianz **Composio** et Garanties hospitalières

Dispositions Générales
valant Notice d'information

Avec vous de A à Z

Allianz 



Votre contrat comporte :

- 1 Les présentes **Dispositions Générales** qui vous précisent le contenu de vos Garanties Soins, Hospitalière, Assistance et le fonctionnement de votre contrat.
- 2 Le **Barème de prestations**
Il détaille le niveau de remboursement de votre Garantie Soins.
- 3 Le **Certificat d'adhésion** au présent contrat collectif à adhésion facultative.
Il précise les garanties que vous avez choisies, adapte les Dispositions Générales à votre propre situation et fixe les règles particulières définies entre vous et nous.

Le présent contrat est régi par le Code des assurances, y compris les dispositions impératives applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.



Principales définitions	7
Préambule	10
1. Les garanties soins	10
La Garantie Soins « Hospi »	10
Article 1 – Quel est l’objet de la garantie ?	10
Article 2 – À qui s’adresse la garantie ?	10
Article 3 – Quelles sont les dépenses de soins remboursées ?	10
Article 4 – À partir de quel moment et sous quelles conditions êtes-vous remboursé ?	11
La Garantie Soins « Budget » Compositio	11
Article 5 – Quel est l’objet de la garantie ?	11
Article 6 – À qui s’adresse la garantie ?	11
Article 7 – Quelles sont les dépenses de soins remboursées ?	11
Les garanties soins de la gamme « Classic » Compositio	12
Article 8 – Quel est l’objet des garanties ?	12
Article 9 – À qui s’adressent les garanties ?	12
Article 10 – Quelles sont les dépenses de soins remboursées ?	12
Article 11 – À partir de quel moment et sous quelles conditions êtes-vous remboursé ?	13
Les garanties soins de la gamme « Plus » Compositio	16
Article 12 – Quel est l’objet des garanties ?	16
Article 13 – À qui s’adressent les garanties ?	16
Article 14 – Quelles sont les dépenses de soins remboursées ?	16
Article 15 – À partir de quel moment et sous quelles conditions êtes-vous remboursé ?	17
Les limitations et exclusions communes aux garanties soins	20
Article 16 – Les limitations applicables et non abrogeables pendant toute la durée de vie du contrat	20
Article 17 – Les exclusions	20
2. Les Garanties Hospitalières Classic ou Plus	21
Article 18 – Quelles sont les hospitalisations qui donnent droit au versement de l’allocation ?	21
Article 19 – À partir de quel moment recevez-vous l’allocation forfaitaire ?	21
Article 20 – En fonction de quels éléments votre allocation est-elle calculée puis versée ?	21
Article 21 – Le versement de l’allocation forfaitaire est-il limité dans le temps ?	21
Article 22 – Conditions et modalités de versement de l’allocation forfaitaire en cas d’hospitalisation de votre enfant	22
Article 23 – Exclusions	22



3. Les garanties assistance	23
La Garantie Assistance Classic Enfant - Protocole 921 035	23
Article 24 – Mise en œuvre des garanties	23
Article 25 – Définitions	23
Article 26 – Assistance Information	24
Article 27 – Assistance au domicile en cas de maladie, accident, accouchement du bénéficiaire ou décès d'un des 2 parents	25
Article 28 – Assistance en cas de Traumatisme Psychologique	26
Article 29 – Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel lors de voyages à l'étranger	26
Article 30 – Assistance en cas de décès en voyage en France ou à l'étranger	28
La Garantie Assistance Classic Adulte – Protocole 921 040	29
Article 31 – Mise en œuvre des garanties	29
Article 32 – Définitions	29
Article 33 – Assistance Information	30
Article 34 – Assistance au domicile en cas de maladie, accident, accouchement ou décès	31
Article 35 – Assistance en cas de Traumatisme Psychologique	32
Article 36 – Assistance en cas de Chimiothérapie / Radiothérapie pour traitement du cancer	33
Article 37 – Assistance en cas de Chirurgie Ambulatoire	33
Article 38 – Assistance et Conseil en ressources sociales	33
Article 39 – Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel lors de voyages à l'étranger	33
Article 40 – Assistance en cas de décès en voyage en France ou à l'étranger	35
La Garantie Assistance Classic Senior – Protocole 921 039	36
Article 41 – Mise en œuvre des garanties	36
Article 42 – Définitions	36
Article 43 – Assistance Information	37
Article 44 – Assistance au domicile en cas de maladie, accident, accouchement ou décès	37
Article 45 – Assistance en cas de Traumatisme Psychologique	40
Article 46 – Assistance en cas de Chimiothérapie / Radiothérapie pour traitement du cancer	40
Article 47 – Assistance en cas de Chirurgie Ambulatoire	40
Article 48 – Assistance et Conseil en ressources sociales	41
Article 49 – Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel lors de voyages à l'étranger	41
Article 50 – Assistance en cas de décès en voyage en France ou à l'étranger	42



La Garantie Assistance Plus Enfant - Protocole 921 036	43
Article 51 – Mise en œuvre des garanties	43
Article 52 – Définitions	43
Article 53 – Assistance Information	44
Article 54 – Assistance au domicile en cas de maladie, accident, accouchement du bénéficiaire ou décès d'un des 2 parents	44
Article 55 – Assistance en cas de Traumatisme Psychologique	46
Article 56 – Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel lors de voyages à l'étranger	46
Article 57 – Assistance en cas de décès en voyage en France ou à l'étranger	48
Article 58 – Service d'information et de mise en relation avec des prestataires de Services à la Personne	48
La Garantie Assistance Plus Adulte – Protocole 921 037	50
Article 59 – Mise en œuvre des garanties	50
Article 60 – Définitions	50
Article 61 – Assistance Information	51
Article 62 – Assistance au domicile en cas de maladie, accident, accouchement ou décès	52
Article 63 – Assistance en cas de Traumatisme Psychologique	53
Article 64 – Assistance en cas de Chimiothérapie / Radiothérapie pour traitement du cancer	53
Article 65 – Assistance en cas de Chirurgie Ambulatoire	54
Article 66 – Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel lors de voyages à l'étranger	54
Article 67 – Assistance en cas de décès en voyage en France ou à l'étranger	55
Article 68 – Service d'information et de mise en relation avec des prestataires de Services à la Personne	56
La Garantie Assistance Plus Senior – Protocole 921 038	57
Article 69 – Mise en œuvre des garanties	57
Article 70 – Définitions	57
Article 71 – Assistance Information	58
Article 72 – Assistance au domicile en cas de maladie, accident, accouchement ou décès	58
Article 73 – Assistance en cas de Traumatisme Psychologique	61
Article 74 – Assistance en cas de Chimiothérapie / Radiothérapie pour traitement du cancer	62
Article 75 – Assistance en cas de Chirurgie Ambulatoire	62
Article 76 – Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel lors de voyages à l'étranger	62
Article 77 – Assistance en cas de décès en voyage en France ou à l'étranger	64
Article 78 – Service d'information de mise en relation avec des prestataires de Services à la personne	64
Dispositions applicables à toutes les garanties assistance	66
Article 79 – Dispositions Générales	66
Article 80 – Protection des données personnelles	67
Article 81 – Exclusions Générales	68



4. Le fonctionnement de votre contrat	69
La nature juridique de votre contrat	69
Les déclarations	69
Article 82 – À l’adhésion	69
Article 83 – En cours de contrat	69
Article 84 – Les conséquences d’une fausse déclaration	69
Les cotisations	70
Article 85 – Le mode de fixation des cotisations	70
Article 86 – Le paiement des cotisations	70
Article 87 – L’évolution des cotisations	70
Article 88 – Les conséquences d’une modification réglementaire ou de la couverture de votre régime obligatoire d’assurance maladie et maternité (Garantie Soins uniquement)	70
Le règlement des prestations	71
Article 89 – La confidentialité médicale et les mentions CNIL (Loi Informatique et Libertés)	71
Article 90 – La déclaration de sinistre	72
Article 91 – Les compléments d’information	72
Article 92 – En cas de désaccord	73
La durée, la modification et la résiliation de votre contrat	73
Article 93 – La durée de votre contrat	73
Article 94 – La modification des garanties de votre contrat	73
Article 95 – Le changement de catégorie socioprofessionnelle	74
Article 96 – La résiliation de votre contrat	74
Article 97 – Les conséquences de la résiliation	74
Article 98 – L’adhésion au contrat	75
La prescription	76
La subrogation	77
L’autorité de contrôle	77
Service e-courrier	77



Principales définitions

Pour faciliter la lecture de ce document, nous avons adopté les conventions suivantes :

« Vous » désigne l'adhérent ; « Nous » désigne votre assureur.

Accident

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

Adhérent

L'adhérent est la personne physique membre de l'Association de Prévoyance Santé nommément désignée au Certificat d'adhésion, c'est-à-dire qui signe les différents documents constituant le contrat (demande d'adhésion aux contrats collectifs à laquelle sont joints la Notice d'information, certificats d'adhésion, et avenant éventuels) et qui s'engage à s'acquitter des cotisations dues.

Adhésion à distance

Fourniture d'opération d'assurance auprès d'un adhérent, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, par l'utilisation d'une ou plusieurs techniques de communication à distance (courrier, téléphone, internet). Dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance, ce(s) dernier(s) utilise(nt) exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion de l'adhésion.

Agression

Atteinte corporelle provoquée par un tiers commise dans le cadre d'un crime ou d'un délit ayant entraîné une hospitalisation d'au moins 2 nuits consécutives. Ne sont pas considérés comme des tiers les membres d'une même famille. Sera seul pris en compte l'événement qui aura fait l'objet de la part de l'assuré ou de son représentant d'un dépôt de plainte non suivi d'un retrait, au plus tard dans les 8 jours qui suivent l'événement, sauf cas de force majeure, auprès d'une autorité de justice.

Année d'assurance

Période comprise entre 2 échéances principales.

Assuré

Toute personne désignée nominativement au contrat d'assurance et bénéficiant d'une ou des garantie(s). Lorsque l'assuré est différent de l'adhérent, l'assuré doit avoir un lien de parenté avec l'adhérent au contrat (en ce sens l'assuré ne peut être que le conjoint, partenaire lié par un PACS, enfant/parent, ascendant/descendant de l'adhérent).

Base de remboursement de la Sécurité sociale

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

- **Tarif de Convention (TC)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- **Tarif d'Autorité (TA)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement.
- **Tarif de Responsabilité (TR)** pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Contrat d'accès aux soins

Le médecin s'est engagé à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés dans le cadre de son adhésion au contrat d'accès aux soins. L'Assurance Maladie rembourse sur la base des tarifs applicables au médecin de secteur 1.



Contrat responsable

Contrat élaboré dans le cadre des mesures prises par les pouvoirs publics visant à inciter les assurés sociaux à respecter le parcours de soins coordonnés. Il doit répondre à un cahier des charges qui définit des obligations et des interdictions de prise en charge, par le contrat d'assurance maladie complémentaire, de certains remboursements. A titre d'exemple, dans le parcours de soins coordonnés, les contrats responsables doivent obligatoirement rembourser au minimum le Ticket Modérateur sur les différents postes de soins (hors cures thermales ou médicaments à 15 %, 30 % ou homéopathie) dont le régime obligatoire accepte la prise en charge. Ce remboursement minimum est évalué en fonction de la Base de remboursement de la Sécurité Sociale (Voir Ticket Modérateur). Hors du parcours de soins, les contrats responsables ont interdiction de rembourser la partie correspondant à la baisse du remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour non respect du parcours de soins. Dans tous les cas, les contrats responsables ne prennent pas en charge les franchises médicales et la participation forfaitaire prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret.

Cotisation

Montant dû en contrepartie du bénéfice des garanties et des éventuels services proposés par Allianz.

Date d'effet

Date qui matérialise l'entrée en vigueur de vos garanties.

Délai d'attente

Période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas, bien que vous cotisiez. Elle commence à courir à compter de la date d'effet.

Échéance

Date à laquelle vous devez payer votre cotisation annuelle ou une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Échéance principale

Date de renouvellement de votre contrat, à partir de laquelle votre cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Exclusions de garanties

Situation, risque ou maladie pour lesquels les dépenses de soins ne sont pas couvertes par le contrat.

Forfait journalier Hospitalier

Somme journalière restant à votre charge pour toute hospitalisation d'une durée supérieure à 24 h. Il est toutefois pris en charge par votre complémentaire santé sans aucune limitation de durée d'hospitalisation dans le cadre de votre contrat Responsable. Son montant est fixé par arrêté. Cette somme sert à payer les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par l'hospitalisation. Certains patients en sont dispensés selon l'article L 174-4 du Code de la Sécurité Sociale : par exemple, les personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, les femmes au cours des derniers mois de leur grossesse et après l'accouchement.

Frais d'accompagnement

Frais relatifs aux prestations proposées dans l'établissement hospitalier pour accompagner l'assuré hospitalisé, à savoir les repas, le lit accompagnant, la maison des parents, mais également les frais d'hébergement hors résidence principale, dès lors qu'il y a cohérence avec l'hospitalisation (dates et lieu).

Frais d'hospitalisation

Frais comprenant les frais de séjour, les frais de salle d'opération, les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, les frais d'analyses et d'examen de laboratoire relatifs aux soins dispensés à l'occasion d'un séjour de 24 h minimum dans un établissement relevant de la loi hospitalière et comportant au moins une nuit.



Franchises médicales

Sommes déduites des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elles ne peuvent pas être prises en charge par votre contrat d'assurance responsable.

Hospitalisation

Tout séjour de 24 h minimum dans un établissement relevant de la loi hospitalière et comportant au moins une nuit. Pour les Garanties Hospitalières Classic et Plus décrites aux articles 18 à 23, l'hospitalisation doit comporter au moins 2 nuits.

Maladie

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

Sont assimilés à une maladie les grossesses pathologiques, les pathologies vertébrales et notamment les douleurs vertébrales et para-vertébrales qu'elles soient d'origine osseuse, musculaire, nerveuse, tendineuse ou ligamentaire, les ruptures musculaires autres que tendineuses, les lumbagos d'efforts, les tours de reins, quelle qu'en soit l'origine, ainsi que toute pathologie post-traumatique.

Maladie infectieuse

Il s'agit des maladies provoquées par l'action d'un germe pathogène (ou virus).

Sont considérées comme maladies infectieuses les maladies saisonnières et aiguës (méningite cérébro-spinale, méningite virale, grippe, zona) et les maladies infantiles (varicelle, coqueluche, variole, oreillons, rougeole, rubéole, scarlatine).

Nouveau-Né

Est considéré comme nouveau-né pour la Garantie Hospitalière, un enfant de moins d'un mois.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent suivre pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé au mieux. Il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie de plus de 16 ans, et est organisé autour du médecin traitant.

Sont considérées comme étant dans le parcours de soins coordonnés les personnes qui :

- ont déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire ;
- consultent leur médecin traitant ou son remplaçant en première intention ;
- consultent un autre médecin, désigné « médecin correspondant », sur orientation de leur médecin traitant ;
- consultent directement un gynécologue, ophtalmologue, psychiatre et stomatologue pour certains actes.

Dans certaines situations telles que l'éloignement géographique et l'urgence, une personne est toujours considérée comme étant dans le parcours de soins même si elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

En dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et dans la plupart des cas, les contrats d'assurance maladie complémentaires ne prennent pas en charge la différence (voir contrat « responsable »).

Souscripteur

L'Association de Prévoyance Santé (ADPS), association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, déclarée à la Préfecture des Hauts de Seine sous le numéro W922002348. Siège Social : Tour Neptune - 20, Place de Seine - La Défense 1 - CC 0804 - 92400 Courbevoie.

Ticket modérateur

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant déduction de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise médicale). Ce ticket modérateur est obligatoirement pris en charge dans le cadre des contrats responsables (voir contrat responsable). Le ticket modérateur peut être majoré si vous consultez un professionnel de santé en dehors du parcours de soins coordonnés.

Tiers payant

Système de paiement qui vous évite de faire l'avance de tout ou partie des frais de santé auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoires et/ou complémentaires pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.



Préambule

Le contrat Allianz Compositio est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès d'Allianz IARD par l'association de Prévoyance ADPS régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, déclarée à la Préfecture des Hauts-de-Seine sous le numéro W922002348.

1. Les garanties soins

La Garantie Soins « Hospi »

Article 1 – Quel est l'objet de la garantie ?

Vous êtes remboursé d'une partie ou de la totalité de vos dépenses de soins en complément des remboursements effectués par votre régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité. La garantie proposée ne répond pas au dispositif du contrat responsable prévu par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale et son décret d'application. Ainsi elle prend en charge les franchises médicales et la participation forfaitaire prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret.

Cette garantie n'est pas éligible au dispositif fiscal de l'article 154 bis du Code Général des impôts pour les travailleurs non salariés non agricoles souhaitant en bénéficier.

Des garanties assistance propres à chaque profil tel que défini plus bas sont associées à la Garantie Soins « Hospi » et sont décrites dans la partie 3 du présent document (protocoles 921 035, 921 039 et 921 040, communs à ceux de la garantie Classic).

La Garantie Soins « Hospi » ne peut pas être associée sur un même contrat avec celles des gammes Budget, Classic et Plus.

Article 2 – À qui s'adresse la garantie ?

La garantie est ouverte à toute personne résidant en France métropolitaine. Elle est déclinée en 3 profils :

- Un profil Enfant (**code garantie débutant par E***) pour tout assuré âgé à l'adhésion jusqu'à 17 ans inclus,
- Un profil Adulte (**code garantie débutant par A***) pour tout assuré âgé à l'adhésion de 18 ans à 59 ans inclus, (ou 64 ans inclus si l'assuré est toujours en activité),
- Un profil Senior (**code garantie débutant par S***) pour tout assuré âgé à l'adhésion de 60 ans à 80 ans inclus (hormis pour l'assuré entre 60 et 64 ans inclus et toujours en activité qui doit choisir une garantie du profil Adulte).

Le niveau des prestations n'évolue pas en fonction de l'âge de l'assuré sauf en cas de changement de garantie auquel cas, la garantie proposée sera celle correspondant à un des profils Enfant, Adulte ou Senior à la date d'effet de la modification.

Article 3 – Quelles sont les dépenses de soins remboursées ?

- **La nature des soins**

Ce sont les dépenses de santé ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre de votre régime obligatoire français, sauf dispositions contraires figurant à votre barème de prestations joint au Certificat d'adhésion de votre contrat. Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins reçus postérieurement à la date d'effet du contrat, quelle que soit la date d'apparition de la maladie.

- **Le lieu des soins**

Ce sont les dépenses occasionnées par des soins reçus en France métropolitaine. Hors du territoire métropolitain, il faut que votre régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité continue à vous prendre en charge pendant votre séjour et en cas d'hospitalisation, les prestations sont alors réglées sur la base du taux de remboursement prévu par l'option de garantie pour un établissement non conventionné.

- **Les bases de remboursement**

Les prestations sont calculées en fonction de la valeur de la base de remboursement de la Sécurité sociale ou de toute autre participation fixée par la réglementation française du régime obligatoire en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement de votre régime obligatoire. Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et sont toujours payées en France et en euros.

* Les codes garanties sont mentionnés sur les documents contractuels remis à l'adhésion au contrat collectif.



Article 4 – À partir de quel moment et sous quelles conditions êtes-vous remboursé ?

Poste Hospitalisation :

- **En cas d'hospitalisation dans un service psychiatrique (Tous Profils)**
Pendant les 6 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie, la prise en charge est limitée à un niveau de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, sans prise en charge de la chambre particulière. Après 6 mois, les limitations indiquées à l'article 16 s'appliquent.
- **Pour toute autre hospitalisation (Profils Adultes et Enfant)**
Pendant les 6 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie, le niveau de remboursement est limité à 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Pendant ce délai, le remboursement de la chambre particulière ne peut excéder 80 euros.

Les hospitalisations consécutives à un accident sont remboursées conformément à l'option de garantie choisie dès la date d'effet de la garantie.

La Garantie Soins « Budget » Composio

Article 5 – Quel est l'objet de la garantie ?

Vous êtes remboursé d'une partie ou de la totalité de vos dépenses de soins en complément des remboursements effectués par votre régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité. Les garanties proposées répondent au dispositif du contrat responsable prévu par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale et son décret d'application.

La Garantie Budget ne peut être associée sur un même contrat avec celles des gammes Hospi, Classic et Plus.

Article 6 – À qui s'adresse la garantie ?

La gamme est ouverte à toute personne résidant en France métropolitaine. Elle est déclinée en 3 profils :

- Un profil Enfant (**code garantie débutant par E***) pour tout assuré âgé à l'adhésion jusqu'à 17 ans inclus,
- Un profil Adulte (**code garantie débutant par A***) pour tout assuré âgé à l'adhésion de 18 ans à 59 ans inclus, (ou 64 ans inclus si l'assuré est toujours en activité),
- Un profil Senior (**code garantie débutant par S***) pour tout assuré âgé à l'adhésion de plus de 60 ans inclus.

Le niveau des prestations n'évolue pas en fonction de l'âge de l'assuré sauf en cas de changement de garantie auquel cas, la garantie proposée sera celle correspondant à un des profils Enfant, Adulte ou Senior à la date d'effet de la modification.

Article 7 – Quelles sont les dépenses de soins remboursées ?

- **La nature des soins**
Ce sont les dépenses de santé ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre de votre régime obligatoire français, sauf dispositions contraires figurant à votre barème de prestations joint au Certificat d'adhésion. Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins reçus postérieurement à la date d'effet du contrat, quelle que soit la date d'apparition de la maladie.
- **Le lieu des soins**
Ce sont les dépenses occasionnées par des soins reçus en France métropolitaine. Hors du territoire métropolitain, il faut que votre régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité continue à vous prendre en charge pendant votre séjour.
- **Les bases de remboursement**
Les prestations sont calculées en fonction de la valeur de la base de remboursement de la Sécurité sociale ou de toute autre participation fixée par la réglementation française du régime obligatoire en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement de votre régime obligatoire. Les prestations, sont versées dans la limite des frais réellement engagés et sont toujours payées en France et en euros.

* Les codes garanties sont mentionnés sur les documents contractuels remis à l'adhésion au contrat collectif.



Les garanties soins de la gamme « Classic » Composio

La gamme Classic est une gamme modulaire composée de 3 socles « Hospitalisation/Soins courants », « Optique/auditif » et « Dentaire » déclinés en 4 niveaux de prestations et complétée de 2 renforts optionnels :

- un renfort en hospitalisation appelé « Sérénité » venant remplacer le socle Hospitalisation en cas d'adhésion,
- un renfort « Confort » pour des actes non remboursés par la Sécurité sociale s'ajoutant aux garanties du socle Soins courants en cas d'adhésion.

Dès lors qu'un renfort optionnel est choisi, tous les assurés au contrat doivent y adhérer.

Des garanties assistance propres à chaque profil tel que défini plus bas sont associées aux garanties de la gamme Classic et sont décrites dans la partie 3 du présent document (protocoles 921 035, 921 039 et 921 040).

Les garanties de la gamme Classic ne peuvent pas être associées sur un même contrat avec celles des gammes Hospi, Budget et Plus.

Article 8 – Quel est l'objet des garanties ?

Vous êtes remboursé d'une partie ou de la totalité de vos dépenses de soins en complément des remboursements effectués par votre régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité. Les garanties proposées répondent au dispositif du contrat responsable prévu par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale et son décret d'application.

Article 9 – À qui s'adressent les garanties ?

La garantie est ouverte à toute personne résidant en France métropolitaine. Elle est déclinée en 3 profils décrits ci-dessous avec des prestations adaptées à chaque profil :

- Un profil **Enfant (code garantie débutant par E*)** pour tout assuré âgé à l'adhésion jusqu'à 17 ans inclus,
- Un profil **Adulte (code garantie débutant par A*)** pour tout assuré âgé à l'adhésion de 18 ans à 59 ans inclus, (ou 64 ans inclus si l'assuré est toujours en activité),
- Un profil **Senior (code garantie débutant par S*)** pour tout assuré âgé à l'adhésion de 60 ans à 80 ans inclus (hormis pour l'assuré entre 60 et 64 ans inclus et toujours en activité qui peut choisir une garantie du profil Adulte).

Le niveau des prestations n'évolue pas en fonction de l'âge de l'assuré sauf en cas de changement de garantie auquel cas, la garantie proposée sera celle correspondant à un des profils Enfant, Adulte ou Senior à la date d'effet de la modification.

Article 10 – Quelles sont les dépenses de soins remboursées ?

• La nature des soins

Ce sont les dépenses de santé ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un régime obligatoire français, sauf dispositions contraires figurant à votre barème des prestations joint au Certificat d'adhésion. Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins reçus postérieurement à la date d'effet du contrat, quelle que soit la date d'apparition de la maladie.

• Le lieu des soins

Ce sont les dépenses occasionnées par des soins reçus en France métropolitaine. Hors du territoire métropolitain, il faut que votre régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité continue à vous prendre en charge pendant votre séjour et en cas d'hospitalisation, les prestations sont alors réglées sur la base du taux de remboursement prévu par l'option de garantie pour un établissement non conventionné.

• Les bases de remboursement

- Les soins remboursés par votre régime obligatoire :

Les prestations sont calculées en fonction de la valeur de la base de remboursement de la Sécurité sociale ou de toute autre participation fixée par la réglementation française du régime obligatoire en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement de votre régime obligatoire. Les prestations, **y compris les forfaits**, sont versées dans la limite des frais réellement engagés et sont toujours payées en France et en euros.

- Les soins non remboursés par votre régime obligatoire :

Lorsque votre garantie le prévoit, leur remboursement s'effectue au premier euro dans la limite du plafond annuel éventuel par assuré ou du montant en euros indiqué, à concurrence des frais réellement engagés.

* Les codes garanties sont mentionnés sur les documents contractuels remis à l'adhésion au contrat collectif.



Article 11 – À partir de quel moment et sous quelles conditions êtes-vous remboursé ?

11.1 Les limitations de garanties à l'adhésion

Poste hospitalisation

- En cas d'hospitalisation dans un service psychiatrique (Tous Profils)

Pendant les 6 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie, la prise en charge du poste Hospitalisation est limitée à un niveau de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale sans prise en charge de la chambre particulière. Après 6 mois, les limitations indiquées à l'article 16 s'appliquent.

- Pour toute autre hospitalisation

Pendant les 6 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie :

– Profils Adulte ou Enfant avec l'option Sérénité

Le niveau de remboursement du poste Hospitalisation est limité à :

- 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale en cas de consultation chez un médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins,
- 220 % en cas de consultation chez un médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

Pendant ce délai, le remboursement de la chambre particulière ne peut être pris en charge au-delà de 80 euros par jour.

– Profil Senior avec l'option Sérénité

Le niveau de remboursement du poste Hospitalisation est limité à :

- 150 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale en cas de consultation chez un médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins,
- 170 % en cas de consultation chez un médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

Pendant ce délai, le remboursement de la chambre particulière ne peut être pris en charge au-delà de 50 euros par jour.

Les hospitalisations consécutives à un accident sont remboursées conformément à la garantie choisie dès la date d'effet du contrat.

Lors d'un changement de garantie, des limitations pourront également être appliquées en fonction du niveau de prestations de la garantie d'origine.

11.2 La garantie annexe (Prothèse dentaire 10 ans)

- Définition de la garantie

Nous garantissons pendant une période de 10 ans les prothèses dentaires fixes réalisées pendant la période de validité de votre garantie :

- dans le réseau des chirurgiens-dentistes partenaires de Santéclair pour tous les travaux prothétiques ayant fait l'objet d'une dispense d'avance de frais,
- sous réserve d'un accord préalable de Santéclair avant la réalisation des travaux dans les autres cas.

La garantie prévoit le remboursement de la prothèse lors de son remplacement à l'identique en cas de dommages, dans la limite des frais réels initialement engagés, après déduction du remboursement par le régime obligatoire.

Sont exclus de la garantie prothèse dentaire 10 ans :

- 1 Les prothèses ne correspondant pas à la demande initialement formulée lors de l'acceptation de la garantie.
- 2 Les prothèses dentaires non réalisées dans le réseau des chirurgiens-dentistes partenaires de Santéclair ou n'ayant pas fait l'objet d'un enregistrement préalable auprès de Santéclair en cas de réalisation hors réseau.
- 3 Toute prothèse dentaire non réalisée dans les 3 mois suivant la délivrance de l'acceptation de garantie.
- 4 Les dommages esthétiques liés au vieillissement naturel de la prothèse ou tout changement non justifié de matériaux.
- 5 La prothèse amovible partielle ou totale.
- 6 L'implantologie (implants, piliers implantaires et les prothèses sur implants).



- **Durée de la garantie**

La garantie 10 ans prend effet à compter de la date de réception de la facture d'honoraires pendant une durée de 10 ans pour tous travaux prothétiques à l'exception de ceux exclus ci-dessus. La garantie ne pourra s'exercer qu'une seule fois par prothèse garantie.

- **Exercice de la garantie**

L'accord du chirurgien-dentiste conseil de Santéclair est subordonné au respect par votre dentiste de certaines conditions préalables de prise en charge des prothèses dentaires (couronne, bridge, inlay-core, inlay-onlay) :

- Le remplacement des dents manquantes devra être limité à l'espace prothétique disponible.
- Les obturations endodontiques éventuelles devront être denses, confinées à l'espace endocanalair et atteindre la jonction cémento-dentinaire.
- Les inlay-cores seront garantis s'il reste moins de 3 parois coronaires ou lorsque la reconstitution est située sous la gencive.
- Les couronnes garanties concernent exclusivement les dents délabrées qui ne peuvent être reconstituées par des soins conservateurs.
- Le nombre et la distribution des dents résiduelles permettent une réhabilitation prothétique pérenne.
- La prothèse demandée présente des contacts suffisants en antagoniste.
- La garantie 10 ans de la prothèse conjointe est subordonnée à la présentation d'un examen radiologique adapté à la prothèse envisagée.

De plus, la garantie ne pourra être accordée qu'après traitement des foyers infectieux présents (caries, foyers infectieux péri-apicaux, tartre) et qu'en l'absence de gingivite ou de parodontite non traitées et non stabilisées.

En cas de non conformité à un ou plusieurs de ces critères, l'assureur sur avis du chirurgien-dentiste conseil de Santéclair se réserve le droit de refuser la garantie 10 ans.

Après avis favorable du chirurgien-dentiste conseil de Santéclair et réception de la facture, vous recevez une attestation de garantie pour la prothèse dentaire. Ce document est à fournir à l'assureur au moment du sinistre, le cas échéant.

- **Au moment du sinistre**

La garantie 10 ans ne joue que si l'assuré a encore, au moment du sinistre, un contrat santé de notre compagnie comportant des garanties dentaires. Elle est subordonnée à l'accord du chirurgien-dentiste conseil de Santéclair.

La prothèse ne doit pas faire partie des exclusions prévues au paragraphe « Définition de la garantie ».

La demande de remboursement est à adresser, avant la réalisation des travaux de remplacement, sous enveloppe « secret médical » à :

Santéclair – 78 boulevard de la République – 92514 Boulogne Cedex

11.3 Les montants exprimés en euros et plafonds de garanties

Les montants exprimés en euros dans le barème de prestations sont calculés par personne assurée et année d'assurance (sauf dispositions contraires précisées dans le barème de prestations) laquelle correspond à la période comprise entre les 2 échéances principales.

Si en cours d'année :

- une modification du niveau de garantie est demandée, les montants exprimés en euros et les plafonds annuels de garantie sont recalculés en proportion du plafond de la période courue et du plafond de la période restant à courir jusqu'à la prochaine échéance principale, déduction faite des prestations payées sur l'année d'assurance en cours ;
- une personne supplémentaire est assurée sur le contrat, les montants exprimés en euros et les plafonds de garantie dont bénéficie ce nouvel assuré sont calculés en proportion de la période restant à courir jusqu'à la prochaine échéance principale du contrat ;
- une résiliation intervient hors échéance principale, les montants exprimés en euros et les plafonds de garantie sont recalculés au prorata temporis de la période garantie correspondant à la cotisation réellement payée.

Le forfait optique prend en charge un équipement (verres + monture) avec un intervalle de deux ans entre chaque consommation et un plafond de remboursement pour la monture à 150 € (sauf pour les mineurs et en cas de changement de défaut de vision pour les majeurs). Pendant la période de 2 ans, si le forfait a déjà été consommé, la garantie se limitera au ticket modérateur.

11.4 Le niveau de prestations en cas de changement de garantie

- Les prestations en optique sont exprimées en fonction du défaut de vision et sont évolutives entre l'année 1 à 3 et sont fonction de l'ancienneté dans la garantie choisie.
- Les prestations en dentaire sont évolutives entre l'année 1 à 3 et sont fonction de l'ancienneté dans la garantie choisie.

En cas de changement de garantie, c'est le niveau de prestations correspondant à la 1^{re} année qui s'appliquera



11.5 Avantages « Réseau Partenaire Santéclair »

Vous bénéficiez des suppléments et avantages « réseau » mentionnés dans votre barème de prestations si vous vous rendez chez un professionnel de santé partenaire Santéclair, sous réserve de leur accord préalable de prise en charge et dans le cadre du circuit tiers payant.



Les garanties soins de la gamme « Plus » Composio

La gamme Plus est une gamme modulaire composée de 3 socles « Hospitalisation/Soins courants », « Optique/auditif » et « Dentaire » déclinés en 3 niveaux de prestations pour les profils Adulte et Enfant et 2 niveaux de prestations pour le profil Senior.

Des garanties assistance propres à chaque profil tel que défini plus bas sont associées aux garanties de la gamme Plus et sont décrites dans la partie 3 du présent document (protocoles 921 036, 921 037 et 921 038).

Les garanties de la gamme Plus ne peuvent pas être associées sur un même contrat avec celles des gammes Hospi, Budget et Classic.

Article 12 – Quel est l’objet des garanties ?

Vous êtes remboursé d’une partie ou de la totalité de vos dépenses de soins en complément des remboursements effectués par votre régime obligatoire français d’assurance maladie et maternité. Les garanties proposées répondent au dispositif du contrat responsable prévu par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale et son décret d’application.

Article 13 – À qui s’adressent les garanties ?

La garantie est ouverte à toute personne résidant en France métropolitaine. Elle est déclinée en 3 profils décrits ci-dessous avec des prestations adaptées à chaque profil :

- Un profil Enfant (**code garantie débutant par E***) pour tout assuré âgé à l’adhésion jusqu’à 17 ans inclus,
- Un profil Adulte (**code garantie débutant par A***) pour tout assuré âgé à l’adhésion de 18 ans à 59 ans inclus, (ou 64 ans inclus si l’assuré est toujours en activité),
- Un profil Senior (**code garantie débutant par S***) pour tout assuré âgé à l’adhésion de 60 ans à 80 ans inclus (hormis pour l’assuré entre 60 et 64 ans inclus et toujours en activité qui doit choisir une garantie du profil Adulte).

Le niveau des prestations n’évolue pas en fonction de l’âge de l’assuré sauf en cas de changement de garantie auquel cas, la garantie proposée sera celle correspondant à un des profils Enfant, Adulte ou Senior à la date d’effet de la modification.

Article 14 – Quelles sont les dépenses de soins remboursées ?

• La nature des soins

Ce sont les dépenses de santé ayant fait l’objet d’un remboursement préalable au titre d’un régime obligatoire français, sauf dispositions contraires figurant à votre barème des prestations joint au Certificat d’adhésion. Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins reçus postérieurement à la date d’effet du contrat, quelle que soit la date d’apparition de la maladie.

• Le lieu des soins

Ce sont les dépenses occasionnées par des soins reçus en France métropolitaine. Hors du territoire métropolitain, il faut que votre régime obligatoire français d’assurance maladie et maternité continue à vous prendre en charge pendant votre séjour et en cas d’hospitalisation, les prestations sont alors réglées sur la base du taux de remboursement prévu par l’option de garantie pour un établissement non conventionné.

• Les bases de remboursement

- Les soins remboursés par votre régime obligatoire :
Les prestations sont calculées en fonction de la valeur de la base de remboursement de la Sécurité sociale ou de toute autre participation fixée par la réglementation française du régime obligatoire en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement de votre régime obligatoire. Les prestations, **y compris les forfaits**, sont versées dans la limite des frais réellement engagés et sont toujours payées en France et en euros.
- Les soins non remboursés par votre régime obligatoire :
Lorsque votre garantie le prévoit, leur remboursement s’effectue au premier euro dans la limite du plafond annuel éventuel par assuré ou du montant en euros indiqué, à concurrence des frais réellement engagés.

* Les codes garanties sont mentionnés sur les documents contractuels remis à l’adhésion au contrat collectif.



Article 15 – À partir de quel moment et sous quelles conditions êtes-vous remboursé ?

15.1 Les limitations de garanties à l'adhésion

15.1.1 Poste hospitalisation

- En cas d'hospitalisation dans un service psychiatrique (Tous Profils)

Pendant les 6 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie, la prise en charge du poste Hospitalisation est limitée à un niveau de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale sans prise en charge de la chambre particulière. Après 6 mois, les limitations indiquées à l'article 16 s'appliquent.

- Pour toute autre hospitalisation

Pendant les 6 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie :

- **Profils Adulte et Enfant**

Le niveau de remboursement est limité à :

- 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale en cas de consultation chez un médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins,
- 220 % en cas de consultation chez un médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

Pendant ce délai, le remboursement de la chambre particulière ne peut être pris en charge au-delà de 80 euros par jour.

- **Profil Senior**

Le niveau de remboursement est limité à :

- 150 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale en cas de consultation chez un médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins,
- 170 % en cas de consultation chez un médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

Pendant ce délai, le remboursement de la chambre particulière ne peut être pris en charge au-delà de 50 euros par jour.

Les hospitalisations consécutives à un accident sont remboursées conformément à la garantie choisie dès la date d'effet du contrat.

Lors d'un changement de garantie, des limitations pourront également être appliquées en fonction du niveau de prestations de la garantie d'origine.

15.1.2 Poste Soins courants remboursés par la Sécurité sociale

Pendant les 6 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie :

- **Profils Adulte et Enfant**

Les niveaux de prestations 6 et 7 sont limités à :

- 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale en cas de consultation chez un médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins,
- 220 % en cas de consultation chez un médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

- **Profil Senior**

Le niveau de prestations 6 est limité à :

- 150 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale en cas de consultation chez un médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins,
- 170 % en cas de consultation chez un médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.



15.1.3 Postes Optique et Auditif

Pendant les 6 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie, les niveaux de prestations O5 à O7 sont limités comme suit :

Optique		
• Montures et verres correcteurs acceptés par la Sécurité sociale, lentilles.		
Remboursement maximum par année d'assurance		
	– Profil Enfant	100 €
	En cas de verres complexes ou très complexes	200 €
	– Profils Adulte et Senior	180 €
	En cas de verres complexes ou très complexes	200 €
• Intervention au laser pour correction myopie, astigmatisme ou hypermétropie :		
Versement d'un forfait par œil	– Profil Adulte uniquement	150 €
Auditif		
• Prothèse auditive : remboursement maximum par année d'assurance.		
	– Profil Enfant	200 €
	– Profil Adulte	300 €
	– Profil Senior	450 €

15.1.4 Poste Dentaire

Pendant les 12 premiers mois à compter de la date d'effet de votre garantie, les niveaux de prestations D5, D6 et D7 sont limités comme suit :

Dentaire		
• Soins dentaires (y compris inlay-onlays)	– Tous profils	200 %
• Prothèse dentaire prise en charge la Sécurité sociale y compris inlay-cores)		
	– Profil Enfant	225 %
	– Profils Adulte et Senior	200 %
• Traitement d'orthodontie accepté par la Sécurité sociale :		
	– Profil Enfant	
	• semestre actif	250 €
	• année de contention	125 €
• Implant (forfait par acte) (1 acte = pilier prothétique + implant racine)	– Profils Adulte et Senior	300 €

15.2 La garantie annexe (Prothèse dentaire 10 ans)

• Définition de la garantie

Nous garantissons pendant une période de 10 ans les prothèses dentaires fixes réalisées pendant la période de validité de votre garantie :

- dans le réseau des chirurgiens-dentistes partenaires de Santéclair pour tous les travaux prothétiques ayant fait l'objet d'une dispense d'avance de frais,
- sous réserve d'un accord préalable de Santéclair avant la réalisation des travaux dans les autres cas.

La garantie prévoit le remboursement de la prothèse lors de son remplacement à l'identique en cas de dommages, dans la limite des frais réels initialement engagés, après déduction du remboursement par le régime obligatoire.

Sont exclus de la garantie prothèse dentaire 10 ans :

- 1 Les prothèses ne correspondant pas à la demande initialement formulée lors de l'acceptation de la garantie.**
- 2 Les prothèses dentaires non réalisées dans le réseau des chirurgiens-dentistes partenaires de Santéclair ou n'ayant pas fait l'objet d'un enregistrement préalable auprès de Santéclair en cas de réalisation hors réseau.**



- 3 Toute prothèse dentaire non réalisée dans les 3 mois suivant la délivrance de l'acceptation de garantie.**
- 4 Les dommages esthétiques liés au vieillissement naturel de la prothèse ou tout changement non justifié de matériaux.**
- 5 La prothèse amovible partielle ou totale.**
- 6 L'implantologie (implants, piliers implantaires et les prothèses sur implants).**

- **Durée de la garantie**

La garantie 10 ans prend effet à compter de la date de réception de la facture d'honoraires pendant une durée de 10 ans pour tous travaux prothétiques à l'exception de ceux exclus ci-dessus. La garantie ne pourra s'exercer qu'une seule fois par prothèse garantie.

- **Exercice de la garantie**

L'accord du chirurgien-dentiste conseil de Santéclair est subordonné au respect par votre dentiste de certaines conditions préalables de prise en charge des prothèses dentaires (couronne, bridge, inlay-core, inlay-onlay) :

- Le remplacement des dents manquantes devra être limité à l'espace prothétique disponible.
- Les obturations endodontiques éventuelles devront être denses, confinées à l'espace endocanalair et atteindre la jonction cémento-dentinaire.
- Les inlay-cores seront garantis s'il reste moins de 3 parois coronaires ou lorsque la reconstitution est située sous la gencive.
- Les couronnes garanties concernent exclusivement les dents délabrées qui ne peuvent être reconstituées par des soins conservateurs.
- Le nombre et la distribution des dents résiduelles permettent une réhabilitation prothétique pérenne.
- La prothèse demandée présente des contacts suffisants en antagoniste.
- La garantie 10 ans de la prothèse conjointe est subordonnée à la présentation d'un examen radiologique adapté à la prothèse envisagée.

De plus, la garantie ne pourra être accordée qu'après traitement des foyers infectieux présents (caries, foyers infectieux péri-apicaux, tartre) et qu'en l'absence de gingivite ou de parodontite non traitées et non stabilisées.

En cas de non conformité à un ou plusieurs de ces critères, l'assureur sur avis du chirurgien-dentiste conseil de Santéclair se réserve le droit de refuser la garantie 10 ans.

Après avis favorable du chirurgien-dentiste conseil de Santéclair et réception de la facture, vous recevez une attestation de garantie pour la prothèse dentaire. Ce document est à fournir à l'assureur au moment du sinistre, le cas échéant.

- **Au moment du sinistre**

La garantie 10 ans ne joue que si l'assuré a encore, au moment du sinistre, un contrat santé de notre compagnie comportant des garanties dentaires. Elle est subordonnée à l'accord du chirurgien-dentiste conseil de Santéclair.

La prothèse ne doit pas faire partie des exclusions prévues au paragraphe « Définition de la garantie ».

La demande de remboursement est à adresser, avant la réalisation des travaux de remplacement, sous enveloppe « secret médical » à :

Santéclair – 78 boulevard de la République – 92514 Boulogne Cedex

15.3 Les montants exprimés en euros et plafonds de garanties

Les montants exprimés en euros dans le barème de prestations sont calculés par personne assurée et année d'assurance (sauf dispositions contraires précisées au barème de prestations) laquelle correspond à la période comprise entre les 2 échéances principales.

Si, en cours d'année :

- une modification du niveau de garantie est demandée, les montants exprimés en euros et les plafonds annuels de garantie sont recalculés en proportion du plafond de la période courue et du plafond de la période restant à courir jusqu'à la prochaine échéance principale, déduction faite des prestations payées sur l'année d'assurance en cours ;
- une personne supplémentaire est assurée sur le contrat, les montants exprimés en euros et les plafonds de garantie dont bénéficie ce nouvel assuré sont calculés en proportion de la période restant à courir jusqu'à la prochaine échéance principale du contrat ;
- une résiliation intervient hors échéance principale, les montants exprimés en euros et les plafonds de garantie sont recalculés au prorata temporis de la période garantie correspondant à la cotisation réellement payée.

Le forfait optique prend en charge un équipement (verres + monture) avec un intervalle de deux ans entre chaque consommation et un plafond de remboursement pour la monture à 150 € (sauf pour les mineurs et en cas de changement de défaut de vision pour les majeurs). Pendant la période de 2 ans, si le forfait a déjà été consommé, la garantie se limitera au ticket modérateur.



15.4 Avantages « Réseau Partenaire Santéclair »

Vous bénéficiez des suppléments et avantages « réseau » mentionnés dans votre barème de prestations si vous vous rendez chez un professionnel de santé partenaire Santéclair, sous réserve de leur accord préalable de prise en charge et dans le cadre du circuit tiers payant.

Les limitations et exclusions communes aux garanties soins

Article 16 – Les limitations applicables et non abrogeables pendant toute la durée de vie du contrat

- Les séjours effectués dans des établissements, maisons, centres ou unités de soins de suite et de réadaptation sont pris en charge à condition qu'ils fassent suite à un séjour dans un établissement hospitalier. Au-delà de 90 jours par année d'assurance et par assuré, ou si le séjour ne fait pas suite à un séjour dans un établissement hospitalier, la prise en charge est limitée au forfait journalier et à un niveau de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, sans prise en charge de la chambre particulière,
- en cas de séjours effectués dans des établissements faisant partie des catégories dénommées au Fichier National des Etablissements Sanitaires : centres hospitaliers spécialisés dans la lutte des maladies mentales, centre de postcure pour malades mentaux, maisons de santé pour maladies mentales, centres de crise ou d'accueil permanent, et ne participant pas au service public hospitalier, la prise en charge est limitée à un niveau de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, sans prise en charge de la chambre particulière,
- en cas de séjours effectués dans des établissements faisant partie des catégories dénommées au Fichier National des Etablissements Sanitaires : centres hospitaliers spécialisés dans la lutte des maladies mentales, centre de postcure pour malades mentaux, maisons de santé pour maladies mentales, centres de crise ou d'accueil permanent, et participant au service public hospitalier, la prise en charge est limitée à 90 jours calculée par année d'assurance. Au-delà de 90 jours par année d'assurance et par assuré, ou si le séjour ne fait pas suite à un séjour dans un établissement hospitalier, la prise en charge est limitée au forfait journalier et à un niveau de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, sans prise en charge de la chambre particulière.

Article 17 – Les exclusions

Sont exclues des garanties les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :

- 1 dans les unités/centres de long séjour (article L 174-6 du Code de la Sécurité sociale),**
- 2 dans les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale (article L312-1 I 6 du Code de l'action sociale et des familles).**



2. Les Garanties Hospitalières Classic ou Plus

L'objet des garanties est de vous verser, si vous êtes hospitalisé, une allocation forfaitaire par journée d'hospitalisation. La Garantie Hospitalière doit être associée à une garantie soins.

Article 18 – Quelles sont les hospitalisations qui donnent droit au versement de l'allocation ?

Seuls les séjours dans un établissement hospitalier ou les hospitalisations à domicile donnent droit au versement de l'allocation, à condition qu'ils comprennent chacun au moins deux nuits.

Article 19 – À partir de quel moment recevez-vous l'allocation forfaitaire ?

Les hospitalisations donnent droit au versement de l'allocation forfaitaire à condition qu'elles débutent après l'expiration d'un délai d'attente. Ce délai court à partir de la date d'effet de votre Garantie Hospitalière. Sa durée est de 6 mois en cas d'hospitalisation pour une maladie ou maternité et de 12 mois pour une hospitalisation psychiatrique ou neuro-psychiatrique. Suite à un accident ou une maladie infectieuse survenu après la date d'effet de votre Garantie Hospitalière, le versement s'effectue sans délai d'attente.

Article 20 – En fonction de quels éléments votre allocation est-elle calculée puis versée ?

Le montant par jour d'hospitalisation : Le montant initial de l'allocation forfaitaire est celui souscrit. Les cotisations et les prestations des garanties augmentent tous les ans de 2 %. Toutefois, nous pourrions éventuellement augmenter ce taux en fonction de l'évolution du point de retraite A.G.I.R.C.

Garantie Hospitalière Plus uniquement

- **Le montant de votre indemnité est doublé dans l'un des cas suivants :**
 - hospitalisation à plus de 300 kilomètres de votre domicile (adresse précisée contractuellement),
 - hospitalisation simultanée de 2 personnes assurées bénéficiant de la Garantie Hospitalière « Plus » au sein du même contrat et ce, pendant cette période d'hospitalisation simultanée des 2 assurés, quels qu'en soient la durée et le montant,
 - hospitalisation suite à une agression,
 - si plusieurs de ces événements surviennent en même temps, il n'y a pas cumul d'indemnité, l'allocation forfaitaire est simplement doublée.
- **Indemnité de convalescence :**

En cas d'hospitalisation de plus de 30 jours consécutifs indemnisés, une allocation supplémentaire, appelée « indemnité de convalescence », vous est versée lors de votre sortie de l'hôpital. Le montant de cette indemnité est égal à 10 jours d'allocations forfaitaires non doublées, à la date de votre sortie de l'hôpital. A compter du versement de l'indemnité de convalescence, s'ouvre une période de 2 ans au cours de laquelle vous ne pouvez pas prétendre au versement de cette indemnité de convalescence.

Article 21 – Le versement de l'allocation forfaitaire est-il limité dans le temps ?

Vous recevez l'allocation jusqu'à la fin de votre hospitalisation. Le versement de l'allocation cesse néanmoins avant cette date dans les cas suivants :

- **La durée maximale de versement :** le nombre de journées d'hospitalisation indemnisées est limité à :
 - 730 jours par hospitalisation, dans le cas général,
 - 100 jours par année d'assurance pour les hospitalisations dans un service psychiatrique ou neuro-psychiatrique d'un hôpital public ou participant au service public hospitalier,
 - 90 jours par année d'assurance en cas d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation.



- L'âge limite de souscription : à compter de la date d'anniversaire de vos soixante-quinze ans.
- L'âge limite d'indemnisation : l'allocation ne vous est plus versée à compter de la date anniversaire de vos quatre-vingt cinq ans.

Article 22 – Conditions et modalités de versement de l'allocation forfaitaire en cas d'hospitalisation de votre enfant

L'hospitalisation de votre enfant nouveau-né ou votre présence au chevet d'un de vos enfants vous donne droit au versement de l'allocation forfaitaire dans les conditions suivantes :

	Hospitalisation de votre enfant nouveau-né	Présence du parent au chevet de l'enfant hospitalisé
Les conditions à remplir pour recevoir l'allocation forfaitaire	<ul style="list-style-type: none"> – la mère a souscrit la Garantie Hospitalière, – l'enfant nouveau-né est gardé seul en milieu hospitalier après le départ de la mère. 	<ul style="list-style-type: none"> – le parent et l'enfant sont couverts par la Garantie Hospitalière, – l'enfant a moins de treize ans, – le parent reste au chevet de l'enfant au moins 2 nuits.
Le montant de l'allocation forfaitaire	Le montant souscrit par la mère.	Le montant souscrit par le parent s'ajoute à celui souscrit pour l'enfant.
La durée de l'indemnisation	L'allocation forfaitaire est versée aussi longtemps que le nouveau-né est gardé seul en milieu hospitalier.	L'allocation forfaitaire est versée aussi longtemps que le parent reste au chevet de l'enfant.

Article 23 – Exclusions

Ne donnent pas droit au versement de l'allocation forfaitaire :

- 1 les hospitalisations dont la durée est inférieure à deux nuits et donc, notamment, les hospitalisations de jour,**
- 2 les séjours effectués :**
 - dans des établissements ne relevant pas de la Loi Hospitalière tels qu'identifiés au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS),
 - dans les établissements relevant de la Loi Hospitalière et faisant partie des catégories d'établissements dénommés au Fichier National des Établissements Sanitaires :
 - établissements de Soins de Longue Durée, centre Médico-psychologique, maison d'enfants à caractère sanitaire permanent ou temporaire, atelier thérapeutique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, service médico-psychologique régional, centre postcures pour alcooliques,
 - pour des cures à l'exception des cures thermales,
 - en maison de repos sauf s'ils sont consécutifs à un événement garanti,
- 3 les événements résultants :**
 - de traitements ou interventions chirurgicales, à but esthétique,
 - d'un fait intentionnel de l'assuré, d'un phénomène atomique,
 - d'un accident de sport aérien (à l'exception du parachutisme) : ULM, deltaplane, parapente, vol à voile, démonstrations aériennes, acrobaties, raids, tentatives de record, vols sur prototype, vols d'essais, saut à l'élastique,
 - d'un accident de sport à titre professionnel, de la participation à une compétition (ou à ses essais) comportant l'utilisation d'un véhicule à moteur,
 - d'une guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'un mouvement populaire, d'une rixe auxquels l'assuré prend une part active, d'un cataclysme naturel,
 - d'un accident alors que vous étiez sous l'emprise d'un état alcoolique caractérisé par la présence d'un taux d'alcool supérieur au taux légal.



3. Les garanties assistance

La Garantie Assistance Classic Enfant - Protocole 921 035

Article 24 – Mise en œuvre des garanties

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

Depuis la France

- Téléphone : 0969 391 929 (Appel non surtaxé)
- Télécopie : 01 40 25 52 62

Depuis l'étranger

- Téléphone : 00 33 1 40 25 58 61
- Télécopie : 00 33 1 40 25 52 62

accessibles 24 h/24, 7 jours/7, sauf mentions contraires, en indiquant :

- le nom et le n° d'adhésion au contrat,
- le nom et le prénom du bénéficiaire,
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire ou son représentant légal peut être joint,
- le numéro de protocole d'assistance 921 035.

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

Article 25 – Définitions

Bénéficiaire

Personne physique pour le compte de laquelle l'adhésion au contrat Allianz Compositio Classic Enfant ou la Garantie Hospitalisation a été réalisée par un tiers.

Domicile

Lieu de résidence principale en France métropolitaine

Maladie

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine).

Accident corporel

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Il est précisé que la survenance brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ruptures d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale,...) ne peut être assimilée à un accident.

Acte ambulatoire

Acte médical ne nécessitant pas d'hospitalisation prolongée, correspondant à un soin médical ayant une durée inférieure à 24 heures.

Hospitalisation

- Tout séjour de plus de 24 heures dans un établissement de soins privé ou public **ou**
 - Tout séjour dans un centre spécialisé (centre de réadaptation, de rééducation...) dès lors qu'il fait suite à une hospitalisation dans un établissement de soins privé ou public **ou**
 - Toute hospitalisation à domicile,
- consécutif à un accident, une maladie ou un accouchement, et prescrit par un médecin.

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



Immobilisation

Toute incapacité physique à se déplacer consécutive à un accident ou à une maladie, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin.

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

Transport

Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train 2^{ème} classe ou par avion en classe économique.

Territorialité

- Le bénéfice des prestations « Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel en voyage » est ouvert à l'étranger uniquement (monde entier, hors France métropolitaine).
- Le bénéfice des prestations « Assistance en cas de décès en voyage » est ouvert en France et à l'étranger.
- Le bénéfice de l'ensemble des autres prestations de la présente convention est ouvert uniquement en France métropolitaine.

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat Allianz et de l'accord liant Allianz et Mondial Assistance France pour la délivrance de ces prestations.

Article 26 – Assistance Information

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9 h 00 à 20 h 00 hors jours fériés, Mondial Assistance France communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans le domaine de la santé :

26.1 Informations d'ordre général sur la santé

- les urgences (N° Samu, pompiers, centre anti-poison...),
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- les problèmes d'alcool, de tabagisme,
- les problèmes de poids,
- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...),
- la grossesse et l'accouchement : les médicaments interdits/à éviter, les examens à effectuer (obligatoires/facultatifs),
- les maladies infantiles,
- les vaccinations à effectuer : caractère obligatoire/conseillé, risques liés à la vaccination,
- l'alimentation : en général et en fonction de certaines pathologies : ex : le diabète,
- les médicaments : les médicaments génériques,
- les informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre... (ex : rougeole, sida...),
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité sociale...).

26.2 Informations spécifiques à une pathologie (ex : autisme, allergies, sida...)

- le traitement et les conséquences médicales de cette pathologie,
- aide dans les recherches (où se renseigner ? associations ?),
- l'évolution de la maladie,
- risque de transmission aux enfants (génétiquement), risque de contagion pour l'entourage.

26.3 Conseils, Informations et orientation en matière de contraception

- information thématique sur la contraception,
- avantages, inconvénients et explications des différentes techniques de contraception (pilules 1^{ère}, 2^e ou 3^e génération, stérilet, patch, préservatif) et orientation lorsque nécessaire,
- que faire en cas de grossesse non souhaitée ? L'interruption volontaire de grossesse, ses aspects psychologiques, légaux,... les différentes méthodes. Orientation lorsque nécessaire.



Article 27 – Assistance au domicile en cas de maladie, accident, accouchement du bénéficiaire ou décès d'un des 2 parents

Le premier réflexe, en cas d'urgence, doit être d'appeler les pompiers, le Samu ou le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, Mondial Assistance France peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le Samu ou tout autre moyen de transport sanitaire.

27.1 La livraison de médicaments en urgence

Recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24 h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire. Mondial Assistance France fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par Mondial Assistance France et est accessible 24 h/24, 7 jours/7.

27.2 Pendant ou à la suite d'une hospitalisation prévue ou imprévue de plus de 2 jours ou d'immobilisation de plus de 5 jours, du bénéficiaire, attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, ou en cas de décès d'un des 2 parents, Mondial Assistance organise et prend en charge :

27.2.1 La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

un voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par l'adhérent ou le bénéficiaire majeur, résidant en France métropolitaine, et qui vient à son chevet.

27.2.2 Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 100 € TTC par séjour. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe 27.2.1 « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

Ces deux prestations ne sont pas cumulables avec la prestation 27.2.3 « La garde au domicile du bénéficiaire de moins de 15 ans » et 27.2.4 « Le transfert du bénéficiaire de moins de 15 ans chez un proche ».

27.2.3 La garde au domicile du bénéficiaire de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 48 heures par période d'hospitalisation, d'immobilisation du bénéficiaire ou en cas de décès d'un des 2 parents.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors dimanche et jours fériés.

La prestation est rendue par une personne qualifiée.

Sa mission consiste à garder le bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant, hors soins médicaux. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 27.2.1 « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » et 27.2.4 « Le transfert du bénéficiaire de moins de 15 ans chez un proche ».

27.2.4 Le transfert du bénéficiaire de moins de 15 ans chez un proche

un voyage aller et retour jusque chez un proche résidant en France métropolitaine désigné par l'adhérent ou le bénéficiaire majeur, avec si nécessaire, accompagnement par un proche résidant en France métropolitaine désigné par l'adhérent ou le bénéficiaire majeur ou un correspondant de Mondial Assistance France.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 27.2.1 « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » et 27.2.3 « La garde au domicile du bénéficiaire de moins de 15 ans ».



27.3 En cas de maladie ou accident du bénéficiaire, entraînant une absence scolaire de plus de 10 jours consécutifs, attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, ou en cas de décès d'un des 2 parents, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

Une aide pédagogique dans les matières scolaires principales, du cours préparatoire au Baccalauréat :

Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner le répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe du bénéficiaire. Il pourra, avec l'accord du bénéficiaire majeur ou de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels du bénéficiaire l'étendue du programme à étudier.

L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, dans la limite d'un trimestre, pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi, à raison de **15 heures par semaine**, tous cours confondus, fractionnables par tranche de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire.

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

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'hospitalisation de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation.

Les matières scolaires principales sont les suivantes : français, mathématiques, physique, chimie, géographie, langues étrangères (langues de la CEE), histoire, technologie, biologie.

La prestation est accordée pour chaque absence scolaire de plus de 10 jours consécutifs, en cas de maladie ou accident du bénéficiaire ainsi qu'en cas de décès d'un des 2 parents, dans la limite des exclusions générales.

La prestation est également accordée en cas de chimiothérapie par intraveineuse, chimiothérapie orale ou de radiothérapie ambulatoire.

Les phobies scolaires sont exclues.

Article 28 – Assistance en cas de Traumatisme Psychologique

Lorsque le bénéficiaire est confronté à une situation difficile telle qu'une agression, un accident ou une maladie grave dont lui-même ou un de ses proches est victime, ou tous autres événements qui l'affectent psychologiquement et qu'il souhaite être accompagné pour mieux les surmonter, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

28.1 Un soutien psychologique par téléphone

par un psychologue clinicien qui aidera le bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile. La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de Mondial Assistance France qui le rappellera pour entamer la démarche. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur. L'accompagnement proposé est limité à 2 entretiens maximum. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

28.2 Un accompagnement psychologique en face à face

par un psychologue proche du domicile du bénéficiaire. Cette prestation est soumise à une évaluation conjointe par le médecin de Mondial Assistance France et le médecin traitant du bénéficiaire ou le médecin urgentiste intervenu au moment de l'événement. Si la situation du bénéficiaire justifie un accompagnement psychologique en raison de l'ampleur du traumatisme subi, un premier rendez-vous avec le psychologue permet de déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement. Dans ce cas, la prise en charge de Mondial Assistance France est limitée à **6 heures** de consultation en cabinet. Dans le cas contraire, le médecin traitant convient avec son patient du mode d'intervention adapté.

Article 29 – Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel lors de voyages à l'étranger

L'attention du bénéficiaire ou de ses parents est attirée sur le fait que, dans certains pays, les frais médicaux peuvent être très onéreux. Il est vivement conseillé de se renseigner avant le départ et de prévoir une couverture spécifique « frais médicaux » pour tout voyage à l'étranger en complément de la prise en charge ci-dessous.



29.1 Rapatriement ou transport sanitaire

Si l'état du bénéficiaire nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, Mondial Assistance France organise et prend en charge, après avis de son médecin :

29.1.1 Le transport sanitaire ou le rapatriement

du bénéficiaire vers le centre hospitalier le mieux adapté (soit dans le pays soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés (avion sanitaire, avion de ligne régulière, train, bateau, ambulance). Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du bénéficiaire le permet. Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile du bénéficiaire.

Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du bénéficiaire. Les médecins de Mondial Assistance France se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du bénéficiaire, afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé. Le rapatriement du bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

Si le bénéficiaire, ou son représentant légal si le bénéficiaire est mineur, refuse de suivre les décisions prises par le service médical de Mondial Assistance France, il décharge Mondial Assistance France de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perd tout droit à prestation de Mondial Assistance France.

29.1.2 Le transport d'une personne accompagnant le bénéficiaire

lors de son transport sanitaire, si l'état du bénéficiaire le justifie et s'il n'y a pas de contre-indication.

29.2 Hospitalisation ou immobilisation sur place

Si le bénéficiaire est hospitalisé ou immobilisé sur place pour plus de 10 (dix) jours parce que son état ne justifie pas un rapatriement ou un transport sanitaire immédiat, mais l'empêche d'entreprendre le retour à la date initialement prévue, Mondial Assistance France organise et prend en charge, après avis de son médecin :

29.2.1 Le séjour à l'hôtel d'une personne restée au chevet du bénéficiaire

dans la limite de 250 € TTC par séjour. Le retour de cette personne est ensuite organisé et pris en charge si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations 29.2.2 « la présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » et 29.2.3 « le séjour à l'hôtel de la personne ».

29.2.2 La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire :

un voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par l'adhérent ou le bénéficiaire majeur et résidant en France métropolitaine, si aucun des passagers sur place ne peut rester.

29.2.3 Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 250 € TTC par séjour. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

Ces deux prestations ne sont pas cumulables avec la prestation 29.2.1 « le séjour à l'hôtel d'une personne restée au chevet du bénéficiaire ».

29.3 Frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation engagés à l'étranger

Lorsque le bénéficiaire malade ou accidenté à l'étranger a engagé des frais médicaux ou n'est pas en mesure de régler sur place les sommes qui lui sont réclamées pour les soins reçus à la suite d'un événement couvert par la présente convention, Mondial Assistance France propose :

29.3.1 L'avance des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger

Mondial Assistance France fait l'avance du paiement des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger directement auprès de l'établissement de soin où le bénéficiaire a été admis, dans la limite de 10 000 € TTC. Les factures sont alors adressées à Mondial Assistance France qui en assure le règlement. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire ou un de ses proches dépose, au moment de la demande, auprès de Mondial Assistance France ou de l'un de ses correspondants désignés, un chèque de paiement du montant à garantir. Le chèque de garantie est encaissé par Mondial Assistance



France au plus tôt 2 (deux) mois après la date à laquelle l'avance a été faite. Au cas où le montant du chèque de garantie serait supérieur au montant réel des frais, Mondial Assistance France s'engage à reverser à l'émetteur la différence entre son chèque de garantie et la facture réglée dans le mois qui suit le règlement de celle-ci.

29.3.2 Le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation engagés à l'étranger

La prise en charge ou les remboursements effectués par Mondial Assistance France ne peuvent être inférieurs à 15 € TTC et sont limités à 2 000 € TTC par événement couvert par la présente convention d'assistance. Le remboursement des soins dentaires est quant à lui limité à 45 € TTC.

La prise en charge ou les remboursements de Mondial Assistance France viennent en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire ou ses ayants droit auprès des organismes de Sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le bénéficiaire est affilié.

Les demandes de prise en charge complémentaire doivent obligatoirement être accompagnées des décomptes originaux des remboursements obtenus auprès des organismes d'assurance maladie.

Ne donnent pas lieu à prise en charge ou remboursement complémentaire :

- **Les frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres ;**
- **Les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre-Mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un accident ou une maladie survenu en France ou à l'étranger ;**
- **Les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos.**

Afin de bénéficier du remboursement des frais avancés par le bénéficiaire avec l'accord de Mondial Assistance France, le bénéficiaire doit communiquer à Mondial Assistance France, tous les justificatifs (Documents originaux) permettant d'établir le bien fondé de la demande, par courrier à l'adresse suivante :

Mondial Assistance France – Service Relation Clientèle – 2 rue Fragonard - 75017 Paris

Les prestations qui n'ont pas été demandées préalablement et qui n'ont pas été organisées par Mondial Assistance France ne donnent pas droit à remboursement.

Article 30 – Assistance en cas de décès en voyage en France ou à l'étranger

Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- Le transport du corps depuis le lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.
- Les frais annexes nécessaires à ce transport y compris le coût d'un cercueil de modèle simple, dans la limite de 700 € TTC.
- La présence sur place d'un membre de la famille un voyage aller et retour d'un membre de la famille ou d'un proche au départ de France métropolitaine, uniquement si des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place du bénéficiaire voyageant seul.
- Le séjour à l'hôtel du membre de la famille désigné au paragraphe « Présence sur place d'un membre de la famille », dans la limite de 250 € TTC par séjour.

Les frais d'accessoires de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille.



La Garantie Assistance Classic Adulte – Protocole 921 040

Article 31 – Mise en œuvre des garanties

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

Depuis la France

- Téléphone : 0969 391 929 (Appel non surtaxé)
- Télécopie : 01 40 25 52 62

Depuis l'étranger

- Téléphone : 00 33 1 40 25 58 61
- Télécopie : 00 33 1 40 25 52 62

accessibles 24 h/24, 7 jours/7, sauf mentions contraires, en indiquant :

- le nom et le n° d'adhésion au contrat,
- le nom et le prénom du bénéficiaire,
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint,
- le numéro de protocole d'assistance 921 040.

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

Article 32 – Définitions

Bénéficiaire

Personne physique bénéficiaire d'une garantie soins Allianz Compositio Classic Adulte ou Hospitalisation ou Garantie Hospitalière Plus.

Enfant à charge

Enfant, descendant du bénéficiaire ou de son conjoint de fait, gardé usuellement au domicile du bénéficiaire.

Domicile

Lieu de résidence principale en France métropolitaine.

Maladie

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine).

Accident corporel

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

Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Il est précisé que la survenance brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ruptures d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale,...) ne peut être assimilée à un accident.

Acte ambulatoire

Acte médical ne nécessitant pas d'hospitalisation prolongée, correspondant à un soin médical ayant une durée inférieure à 24 heures.

Hospitalisation

- Tout séjour de plus de 24 heures dans un établissement de soins privé ou public **ou**
- Tout séjour dans un centre spécialisé (centre de réadaptation, de rééducation...) dès lors qu'il fait suite à une hospitalisation dans un établissement de soins privé ou public **ou**
- Toute hospitalisation à domicile, consécutif à un accident, une maladie ou un accouchement, et prescrit par un médecin.

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



Immobilisation

Toute incapacité physique à se déplacer consécutive à un accident ou à une maladie, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin. Mondial Assistance France se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au domicile avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Transport

Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train 2^{ème} classe ou par avion en classe économique.

Territorialité

- Le bénéfice des prestations « Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel en voyage » est ouvert à l'étranger uniquement (monde entier, hors France métropolitaine).
- Le bénéfice des prestations « Assistance en cas de décès en voyage » est ouvert en France et à l'étranger.
- Le bénéfice de l'ensemble des autres prestations de la présente convention est ouvert uniquement en France métropolitaine.

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat Allianz et de l'accord liant Allianz et Mondial Assistance France pour la délivrance de ces prestations.

Article 33 – Assistance Information

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9 h 00 à 20 h 00 hors jours fériés, Mondial Assistance France communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans le domaine de la santé :

33.1 Informations d'ordre général sur la santé

- les urgences (n° Samu, pompiers, centre anti-poison...),
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- les problèmes d'alcool, de tabagisme,
- les problèmes de poids,
- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...),
- la grossesse et l'accouchement : les médicaments interdits/à éviter, les examens à effectuer (obligatoires/facultatifs),
- les maladies infantiles,
- les vaccinations à effectuer : caractère obligatoire/conseillé, risques liés à la vaccination,
- les maladies du 3^{ème}/4^{ème} âge,
- l'alimentation : en général et en fonction de certaines pathologies : ex : le diabète,
- les médicaments : les médicaments génériques,
- les informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre (ex : rougeole, sida...),
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité sociale...).

33.2 Informations spécifiques à une pathologie (ex : parkinson, alzheimer, allergies, sida...)

- le traitement et les conséquences médicales de cette pathologie,
- aide dans les recherches (où se renseigner ? associations ?),
- l'évolution de la maladie,
- risque de transmission aux enfants (génétiquement), risque de contagion pour l'entourage.

33.3 Conseils, Informations et orientation en matière de contraception

- information thématique sur la contraception,
- avantages, inconvénients et explications des différentes techniques de contraception (pilules 1^{ère}, 2^e ou 3^e génération, stérilet, patch, préservatif, anneaux, vasectomie) et orientation lorsque nécessaire,
- que faire en cas de grossesse non souhaitée ? L'interruption volontaire de grossesse, ses aspects psychologiques, légaux,... les différentes méthodes. Orientation lorsque nécessaire.



Article 34 – Assistance au domicile en cas de maladie, accident, accouchement ou décès

Le premier réflexe, en cas d'urgence, doit être d'appeler les pompiers, le Samu ou le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, Mondial Assistance France peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le Samu ou tout autre moyen de transport sanitaire.

34.1 La livraison de médicaments en urgence

Recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24 h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire. Mondial Assistance France fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par Mondial Assistance France et est accessible 24 h/24, 7 jours/7.

34.2 Pendant ou à la suite d'une hospitalisation prévue ou imprévue de plus de 2 jours du bénéficiaire attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, ou en cas de décès du bénéficiaire, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

34.2.1 L'aide ménagère à domicile

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 9 (neuf) heures pouvant être réparties sur 3 semaines. Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire. En cas d'hospitalisation, la demande doit être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au domicile, pour pouvoir être accordée.

Les heures allouées et leur répartition sont déterminées par Mondial Assistance France.

34.2.2 La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

- soit la garde chez un professionnel, frais de nourriture compris, dans la limite de 200 € TTC maximum par période d'hospitalisation ou en cas de décès,
- soit le transport chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. **Sont exclus les chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense) mentionnés dans la Loi n° 2008-582 du 20 juin 2008 renforçant les mesures de prévention et de protection des personnes contre les chiens dangereux.**

34.2.3 La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

un voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne résidant en France métropolitaine, désignée par le bénéficiaire, et qui vient à son chevet.

34.2.4 Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 100 € TTC par séjour.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe 34.2.3 « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

34.2.5 La garde au domicile des enfants à charge de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 48 heures par période d'hospitalisation ou en cas de décès. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors dimanche et jours fériés.



La prestation est rendue par une personne qualifiée. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant, hors soins médicaux. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 34.2.7 « Présence d'un proche au domicile » et 34.2.6 « Le transfert des enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche ».

34.2.6 Le transfert des enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche

un voyage aller et retour jusque chez un proche résidant en France métropolitaine désigné par le bénéficiaire, avec si nécessaire, accompagnement par un proche résidant en France métropolitaine désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de Mondial Assistance France.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 34.2.7 « Présence d'un proche au domicile » et 34.2.5 « La garde au domicile des enfants à charge de moins de 15 ans ».

34.2.7 La présence d'un proche au domicile

un voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne résidant en France métropolitaine désignée par le bénéficiaire, pour s'occuper des enfants de moins de 15 ans à la charge du bénéficiaire.

34.2.8 Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au domicile » dans la limite de 100 € TTC par séjour.

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

Ces deux prestations ne sont pas cumulables avec la prestation 34.2.5 « La garde au domicile des enfants à charge de moins de 15 ans » et 34.2.6 « Le transfert des enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche ».

Article 35 – Assistance en cas de Traumatisme Psychologique

Lorsque le bénéficiaire est confronté à une situation difficile telle qu'une agression, un accident ou une maladie grave dont lui-même ou un de ses proches est victime, ou tous autres événements qui l'affectent psychologiquement et qu'il souhaite être accompagné pour mieux les surmonter, **Mondial Assistance France organise et prend en charge** :

35.1 Un soutien psychologique par téléphone

par un psychologue clinicien qui aidera le bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile. La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de Mondial Assistance France qui le rappellera pour entamer la démarche. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur. L'accompagnement proposé est limité à 2 entretiens maximum. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

35.2 Un accompagnement psychologique en face à face

par un psychologue proche du domicile du bénéficiaire.

Cette prestation est soumise à une évaluation conjointe par le médecin de Mondial Assistance France et le médecin traitant du bénéficiaire ou le médecin urgentiste intervenu au moment de l'événement. Si la situation du bénéficiaire justifie un accompagnement psychologique en raison de l'ampleur du traumatisme subi, un premier rendez-vous avec le psychologue permet de déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement. Dans ce cas, la prise en charge de Mondial Assistance France est limitée à 6 heures de consultation en cabinet. Dans le cas contraire, le médecin traitant convient avec son patient du mode d'intervention adapté.



Article 36 – Assistance en cas de Chimiothérapie / Radiothérapie pour traitement du cancer

36.1 Aide ménagère à domicile

En cas de chimiothérapie par intraveineuse, chimiothérapie orale ou de radiothérapie ambulatoire, pour traitement du cancer, Mondial Assistance France recherche, missionne et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère à concurrence de **15 heures maximum** par année civile. L'intervention de la prestation « aide ménagère » doit obligatoirement être organisée dans les 48 h qui suivent une séance de chimiothérapie ou de radiothérapie.

Chaque intervention d'une aide ménagère est de 3 h minimum (incluant le temps de déplacement de l'aide ménagère jusqu'au domicile). La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas,...) au domicile. Cette garantie fonctionne du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8 h 00 à 19 h 00.

Les heures allouées et leur répartition sont déterminées par Mondial Assistance France.

Article 37 – Assistance en cas de Chirurgie Ambulatoire

La chirurgie ambulatoire se pratique obligatoirement en milieu hospitalier. Le patient y entre le matin et en sort dans la journée.

37.1 Prise en charge des frais de taxi

En raison des procédures d'anesthésie spécifiques utilisées dans le cadre de la chirurgie ambulatoire et de la coloscopie, le patient opéré n'a pas le droit de conduire le soir pour retourner à son domicile. Dans ce cas, Mondial Assistance France organise et prend en charge le transport par taxi ou par ambulance du domicile vers l'hôpital et de l'hôpital vers le domicile, dans un rayon de 50 km maximum. Les frais de taxi sont pris en charge avec un maximum de 100 € TTC par intervention réalisée en chirurgie ambulatoire.

37.2 Appel du lendemain

Sur simple demande, une infirmière de Mondial Assistance France appelle le bénéficiaire le lendemain de l'acte opératoire pour s'assurer qu'il n'a pas de problèmes particuliers consécutifs à l'intervention ou de difficultés dans la gestion du traitement prescrit. En cas de difficultés repérées, l'infirmière s'assure qu'il trouvera une réponse adéquate soit de l'établissement ayant réalisé l'acte, soit d'un professionnel de santé.

Article 38 – Assistance et Conseil en ressources sociales

Mondial Assistance France propose au bénéficiaire :

- des informations sur ses droits et les démarches à accomplir pour obtenir des aides sociales,
- des adresses d'organismes spécialisés avec lesquels il peut avoir intérêt à prendre contact ; dans ce cas, Mondial Assistance France s'assure de l'aboutissement des démarches entreprises.

Si besoin, et si l'état du patient le justifie, Mondial Assistance France :

- établit un « profil personnalisé de besoins » en matière sociale, concernant l'impact de la maladie ou de l'accident sur sa vie quotidienne,
- l'assiste dans ses démarches en lui adressant des dossiers, en lui proposant une assistance téléphonique pour compléter ces dossiers,
- missionne pour son compte des professionnels du « social » et du maintien au domicile.

L'intervention à domicile de ces professionnels est à la charge du bénéficiaire.

Article 39 – Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel lors de voyages à l'étranger

L'attention du bénéficiaire est attirée sur le fait que, dans certains pays, les frais médicaux peuvent être très onéreux. Il est vivement conseillé de se renseigner avant le départ et de prévoir une couverture spécifique « frais médicaux » pour tout voyage à l'étranger en complément de la prise en charge ci-dessous.



Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9 h 00 à 20 h 00 hors jours fériés, **Mondial Assistance France communique au bénéficiaire**, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans les domaines ci-après :

39.1 Information voyage

Santé

- Informations médicales de la vie courante (les vaccins, les médicaments, les médicaments génériques, la prévention,...).
- Les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques, centres anti-poisons, services « grands brûlés »...) : leurs coordonnées, leurs spécialités.
- Informations médicales préliminaires à un voyage (risques sanitaires et prévention, vaccinations...).
- Les médicaments.

Formalités administratives

- Démarches administratives à entreprendre pour déclarer un accident.
- Formalités administratives et services publics.

Juridique

- Comment porter plainte ?
- À qui s'adresser en cas de litige ?
- En termes de succession, comment protéger les intérêts de la famille ?

39.2 Rapatriement ou transport sanitaire

Si l'état du bénéficiaire nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, **Mondial Assistance France organise et prend en charge**, après avis de son médecin :

Le transport sanitaire ou le rapatriement du bénéficiaire vers le centre hospitalier le mieux adapté (soit dans le pays, soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés (avion sanitaire, avion de ligne régulière, train, bateau, ambulance). Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du bénéficiaire le permet. Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile du bénéficiaire. Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du bénéficiaire. Les médecins de Mondial Assistance France se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du bénéficiaire, afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé. Le rapatriement du bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle. Si le bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le service médical de Mondial Assistance France, il décharge Mondial Assistance France de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perd tout droit à prestation de Mondial Assistance France.

39.3 Frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation engagés à l'étranger

Lorsque le bénéficiaire malade ou accidenté à l'étranger a engagé des frais médicaux ou n'est pas en mesure de régler sur place les sommes qui lui sont réclamées pour les soins reçus à la suite d'un événement couvert par la présente convention d'assistance, **Mondial Assistance France propose** :

39.3.1 L'avance des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger

Mondial Assistance France fait l'avance du paiement des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger directement auprès de l'établissement de soin où le bénéficiaire a été admis, dans la limite de 10 000 € TTC. Les factures sont alors adressées à Mondial Assistance France qui en assure le règlement. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire ou un de ses proches dépose, au moment de la demande, auprès de Mondial Assistance France ou de l'un de ses correspondants désignés, un chèque de paiement du montant à garantir. Le chèque de garantie est encaissé par Mondial Assistance France au plus tôt 2 (deux) mois après la date à laquelle l'avance a été faite. Au cas où le montant du chèque de garantie serait supérieur au montant réel des frais, Mondial Assistance France s'engage à reverser à l'émetteur la différence entre son chèque de garantie et la facture réglée dans le mois qui suit le règlement de celle-ci.

39.3.2 Le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation engagés à l'étranger

La prise en charge ou les remboursements effectués par Mondial Assistance France ne peuvent être inférieurs à 15 € TTC et sont limités à 2 000 € TTC par événement couvert par la présente convention d'assistance. Le remboursement des soins dentaires est quant à lui limité à 45 € TTC. La prise en charge ou les remboursements de Mondial Assistance France viennent en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire ou ses ayants droit auprès des organismes de Sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le bénéficiaire est affilié.



Les demandes de prise en charge complémentaire doivent obligatoirement être accompagnées des décomptes originaux des remboursements obtenus auprès des organismes d'assurance maladie.

Ne donnent pas lieu à prise en charge ou remboursement complémentaire :

- **Les frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres ;**
- **Les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre-Mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un accident ou une maladie survenu en France ou à l'étranger ;**
- **Les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos.**

Afin de bénéficier du remboursement des frais avancés par le bénéficiaire avec l'accord de Mondial Assistance France, le bénéficiaire doit communiquer à Mondial Assistance France, tous les justificatifs (Documents originaux) permettant d'établir le bien fondé de la demande, par courrier à l'adresse suivante :

Mondial Assistance France – Service Relation Clientèle – 2 rue Fragonard - 75017 Paris

Les prestations qui n'ont pas été demandées préalablement et qui n'ont pas été organisées par Mondial Assistance France, ne donnent pas droit à remboursement.

Article 40 – Assistance en cas de décès en voyage en France ou à l'étranger

Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- Le transport du corps depuis le lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.
- Les frais annexes nécessaires à ce transport y compris le coût d'un cercueil de modèle simple, dans la limite de 700 € TTC.
- La présence sur place d'un membre de la famille : un voyage aller et retour d'un membre de la famille ou d'un proche au départ de France métropolitaine, uniquement si des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place du bénéficiaire voyageant seul.
- Le séjour à l'hôtel du membre de la famille désigné au paragraphe « Présence sur place d'un membre de la famille », dans la limite de 250 € TTC par séjour.

Les frais d'accessoires de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille.



La Garantie Assistance Classic Senior – Protocole 921 039

Article 41 – Mise en œuvre des garanties

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

Depuis la France

- Téléphone : 0969 391 929 (Appel non surtaxé)
- Télécopie : 01 40 25 52 62

Depuis l'étranger

- Téléphone : 00 33 1 40 25 58 61
- Télécopie : 00 33 1 40 25 52 62

accessibles 24 h/24, 7 jours/7, sauf mentions contraires, en indiquant :

- le nom et le n° d'adhésion au contrat,
- le nom et le prénom du bénéficiaire,
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint,
- le numéro de protocole d'assistance 921 039.

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

Article 42 – Définitions

Bénéficiaire

Personne physique bénéficiaire d'une garantie soins Allianz Compositio Classic Senior ou Hospitalisation.

Enfant à charge ou petit-enfant

Enfant, descendant du bénéficiaire ou de son conjoint de fait, gardé usuellement au domicile du bénéficiaire

Ascendant dépendant à charge

Tout ascendant (parents, beaux-parents et grands-parents) vivant sous le toit du bénéficiaire et fiscalement à sa charge est considéré comme ascendant dépendant à charge.

Domicile

Lieu de résidence principale en France métropolitaine

Maladie

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine).

Accident corporel

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

Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident. Il est précisé que la survenance brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ruptures d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale,...) ne peut être assimilée à un accident.

Acte ambulatoire

Acte médical ne nécessitant pas d'hospitalisation prolongée, correspondant à un soin médical ayant une durée inférieure à 24 heures.

Hospitalisation

- Tout séjour de plus de 24 heures dans un établissement de soins privé ou public **ou**
- Tout séjour dans un centre spécialisé (centre de réadaptation, de rééducation...) dès lors qu'il fait suite à une hospitalisation dans un établissement de soins privé ou public **ou**
- Toute hospitalisation à domicile, consécutif à un accident, une maladie ou un accouchement, et prescrit par un médecin.

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



Hospitalisation imprévue

Toute hospitalisation, définie au paragraphe précédent, prescrite en urgence par un médecin, à l'exclusion des hospitalisations de jour et des hospitalisations planifiées.

Transport

Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train 2^{ème} classe ou par avion en classe économique.

Territorialité

- Le bénéfice des prestations « Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel en voyage » est ouvert à l'étranger uniquement (monde entier, hors France métropolitaine).
- Le bénéfice des prestations « Assistance en cas de décès en voyage » est ouvert en France et à l'étranger.
- Le bénéfice de l'ensemble des autres prestations de la présente convention est ouvert uniquement en France métropolitaine.

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat Allianz et de l'accord liant Allianz et Mondial Assistance France pour la délivrance de ces prestations.

Article 43 – Assistance Information

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9 h 00 à 20 h 00 hors jours fériés, Mondial Assistance France communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans le domaine de la santé :

43.1 Informations d'ordre général sur la santé

- les urgences (n° Samu, pompiers, centre anti-poison...),
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- les problèmes d'alcool, de tabagisme,
- les problèmes de poids,
- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...),
- les vaccinations à effectuer : caractère obligatoire/conseillé, risques liés à la vaccination,
- les maladies du 3^{ème}/4^{ème} âge,
- l'alimentation : en général et en fonction de certaines pathologies : ex : le diabète,
- les médicaments : les médicaments génériques,
- les informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre (ex : rougeole, sida...),
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité sociale...).

43.2 Informations spécifiques à une pathologie (ex : parkinson, alzheimer, allergies, sida...)

- le traitement et les conséquences médicales de cette pathologie,
- aide dans les recherches (où se renseigner ? associations ?),
- l'évolution de la maladie,
- risque de transmission aux enfants (génétiquement), risque de contagion pour l'entourage.

Article 44 – Assistance au domicile en cas de maladie, accident, accouchement ou décès

Le premier réflexe, en cas d'urgence, doit être d'appeler les pompiers, le Samu ou le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, Mondial Assistance France peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le Samu ou tout autre moyen de transport sanitaire.

44.1 La livraison de médicaments en urgence

Recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24 h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire. Mondial Assistance France fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser



au moment où ils lui sont livrés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par Mondial Assistance France et est accessible 24 h/24, 7 jours/7.

44.2 Pendant ou à la suite d'une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures du bénéficiaire, attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, ou en cas de décès du bénéficiaire, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

44.2.1 Assistance aux enfants à charge et petits enfants de moins de 15 ans habituellement gardés par le bénéficiaire

44.2.1.1 Le transfert des enfants à charge ou petits enfants de moins de 15 ans

Un voyage aller et retour jusque chez un proche, résidant en France métropolitaine, désigné par le bénéficiaire, avec, si nécessaire, accompagnement par un proche, résidant en France métropolitaine, désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de Mondial Assistance France.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 44.2.1.2 « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire ».

44.2.1.2 La présence d'un proche au domicile du bénéficiaire

Un voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne résidant en France métropolitaine désignée par le bénéficiaire, pour s'occuper des enfants ou petits enfants.

44.2.1.3 Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » dans la limite de 100 € TTC par séjour. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe 44.2.1.2 « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire ».

Ces deux prestations ne sont pas cumulables avec la prestation 44.2.1.1 « Le transfert des enfants à charge ou petits enfants de moins de 15 ans habituellement gardés par le bénéficiaire ».

44.2.2 Assistance aux ascendants dépendants à charge

44.2.2.1 La présence d'un proche au domicile du bénéficiaire

Un voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne résidant en France métropolitaine désignée par le bénéficiaire, pour s'occuper de l'ascendant dépendant à charge.

44.2.2.2 Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe 44.2.2.1 « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » dans la limite de 100 € TTC par séjour. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe 44.2.2.1 « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire ».

Ces deux prestations ne sont pas cumulables avec la prestation 44.2.2.3 « Transfert de l'ascendant dépendant ».

44.2.2.3 Le transfert de l'ascendant dépendant

Un voyage aller et retour jusque chez un proche, résidant en France métropolitaine, désigné par le bénéficiaire, avec, si nécessaire, accompagnement par un proche résidant en France métropolitaine désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de Mondial Assistance France.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 44.2.2.1 « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire ».

44.3 Pendant ou à la suite d'une hospitalisation prévue ou imprévue de plus de 3 jours du bénéficiaire, attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, ou en cas de décès du bénéficiaire, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

44.3.1 L'aide ménagère à domicile

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de **9 heures** pouvant être réparties sur 3 semaines.

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



au domicile du bénéficiaire. En cas d'hospitalisation, la demande doit être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au domicile pour pouvoir être accordée.

Le nombre d'heures d'aide ménagère indiqué maximal ci-dessus n'est pas forfaitaire. Les heures allouées et leur répartition sont déterminées par Mondial Assistance France.

44.3.2 Une garde malade

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures pouvant être réparties sur 3 semaines. Chaque prestation de la garde malade dure au minimum 2 (deux) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors jours fériés. La garde malade est à proximité directe du bénéficiaire et assure son confort physique et moral (aide à la toilette, à l'habillage, promenade). La garde malade n'est pas habilitée à effectuer des soins médicaux, mais peut, sur la base d'une ordonnance s'assurer de la prise des médicaments.

44.3.3 La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

Un voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne résidant en France métropolitaine désignée par le bénéficiaire, qui vient à son chevet.

44.3.4 Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » dans la limite de 100 € TTC par séjour.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe 44.3.3 « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

44.3.5 La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

- soit la garde chez un professionnel, frais de nourriture compris, dans la limite de 200 € TTC maximum par période d'hospitalisation ou en cas de décès,
- soit le transport chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. **Sont exclus les chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense) mentionnés dans la Loi n° 2008-582 du 20 juin 2008 renforçant les mesures de prévention et de protection des personnes contre les chiens dangereux.**

44.4 A la suite d'une hospitalisation prévue ou imprévue de plus de 15 jours, attestée par le bulletin d'hospitalisation, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

44.4.1 La téléassistance ponctuelle

Mise à disposition et prise en charge au domicile d'un dispositif de téléassistance pendant 3 (trois), mois si le bénéficiaire est isolé pendant sa convalescence à la suite d'une hospitalisation de plus de 15 jours.

Le dispositif est composé d'un appareil de télécommunication spécial et d'un service d'écoute. Il permet à l'assuré de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son habitation, 24 heures sur 24, en actionnant simplement une télécommande qu'il conserve sur lui.

Un opérateur du service d'écoute entre en liaison vocale avec lui sans qu'il ait à décrocher son téléphone grâce au transmetteur (qui compose automatiquement le numéro du centre de surveillance et joue le rôle d'interphone).

L'opérateur dialogue avec le bénéficiaire pour analyser la situation, le rassurer et lui venir en aide en cas de problème. Il peut contacter les proches du bénéficiaire, son médecin, les pompiers, la police, un réparateur, etc.

Si le bénéficiaire ne peut pas répondre, l'opérateur déclenche immédiatement l'intervention la plus rapide, c'est-à-dire conjointement les proches, amis ou voisins et les secours d'urgence si nécessaire.

Au-delà de cette période de 3 mois, Mondial Assistance France pourra, à la demande du bénéficiaire, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

44.4.2 Conditions applicables à la mise en place du dispositif téléassistance

Lors de la demande, le bénéficiaire devra nous fournir un certain nombre de données confidentielles le concernant pour la mise en place du service :

- ses coordonnées et les moyens d'accès à son domicile,
- les coordonnées d'au moins un dépositaire de clés proche de son domicile,



- des informations concernant son entourage,
- des informations concernant son état de santé et les coordonnées de son médecin traitant,
- la présence éventuelle d'une autre personne ou d'animaux domestiques au domicile.

Article 45 – Assistance en cas de Traumatisme Psychologique

Lorsque le bénéficiaire est confronté à une situation difficile telle qu'une agression, un accident ou une maladie grave dont lui-même ou un de ses proches est victime, ou tous autres événements qui l'affectent psychologiquement et qu'il souhaite être accompagné pour mieux les surmonter, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

45.1 Un soutien psychologique par téléphone

par un psychologue clinicien qui aidera le bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile.

La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de Mondial Assistance France qui le rappellera pour entamer la démarche. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur.

L'accompagnement proposé est limité à 2 entretiens maximum. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

45.2 Un accompagnement psychologique en face à face

par un psychologue proche du domicile du bénéficiaire.

Cette prestation est soumise à une évaluation conjointe par le médecin de Mondial Assistance France et le médecin traitant du bénéficiaire ou le médecin urgentiste intervenu au moment de l'événement. Si la situation du bénéficiaire justifie un accompagnement psychologique en raison de l'ampleur du traumatisme subi, un premier rendez-vous avec le psychologue permet de déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement. Dans ce cas, la prise en charge de Mondial Assistance France est limitée à 6 heures de consultation en cabinet. Dans le cas contraire, le médecin traitant convient avec son patient du mode d'intervention adapté.

Article 46 – Assistance en cas de Chimiothérapie / Radiothérapie pour traitement du cancer

46.1 Aide ménagère à domicile

En cas de chimiothérapie par intraveineuse, chimiothérapie orale ou de radiothérapie ambulatoire, pour traitement du cancer, Mondial Assistance France recherche, missionne et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère à concurrence de **15 heures maximum** par an. L'intervention de la prestation « aide ménagère » doit obligatoirement être organisée dans les 48 h qui suivent une séance de chimiothérapie ou de radiothérapie.

Chaque intervention d'une aide ménagère est de 3 h minimum (hors temps de déplacement de l'aide ménagère jusqu'au domicile). La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas,...) au domicile. Cette garantie fonctionne du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8 h 00 à 19 h 00.

Article 47 – Assistance en cas de Chirurgie Ambulatoire

La chirurgie ambulatoire se pratique obligatoirement en milieu hospitalier. Le patient y entre le matin et en sort dans la journée.

47.1 Prise en charge des frais de taxi

En raison des procédures d'anesthésie spécifiques utilisées dans le cadre de la chirurgie ambulatoire et de la coloscopie, le patient opéré n'a pas le droit de conduire le soir pour retourner à son domicile. Dans ce cas, Mondial Assistance France organise et prend en charge le transport par taxi ou par ambulance du domicile vers l'hôpital et de l'hôpital vers le domicile, dans un rayon de 50 km maximum. Les frais de taxi sont pris en charge avec un maximum de 100 € TTC par intervention réalisée en chirurgie ambulatoire.



47.2 Appel du lendemain

Sur simple demande, une infirmière de Mondial Assistance France appelle le bénéficiaire le lendemain de l'acte opératoire pour s'assurer qu'il n'a pas de problèmes particuliers consécutifs à l'intervention ou de difficultés dans la gestion du traitement prescrit. En cas de difficultés repérées, l'infirmière s'assure qu'il trouvera une réponse adéquate soit de l'établissement ayant réalisé l'acte, soit d'un professionnel de santé.

Article 48 – Assistance et Conseil en ressources sociales

Mondial Assistance France propose au bénéficiaire :

- des informations sur ses droits et les démarches à accomplir pour obtenir des aides sociales,
- des adresses d'organismes spécialisés avec lesquels il peut avoir intérêt à prendre contact ; dans ce cas, Mondial Assistance France s'assure de l'aboutissement des démarches entreprises.

Si besoin, et si l'état du patient le justifie, Mondial Assistance France :

- établit un « profil personnalisé de besoins » en matière sociale, concernant l'impact de la maladie ou de l'accident sur sa vie quotidienne – l'assiste dans ses démarches en lui adressant des dossiers, en lui proposant une assistance téléphonique pour compléter ces dossiers,
- missionne pour son compte des professionnels du « social » et du maintien au domicile.

L'intervention à domicile de ces professionnels est à la charge du bénéficiaire.

Article 49 – Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel lors de voyages à l'étranger

L'attention du bénéficiaire est attirée sur le fait que, dans certains pays, les frais médicaux peuvent être très onéreux. Il est vivement conseillé de se renseigner avant le départ et de prévoir une couverture spécifique « frais médicaux » pour tout voyage à l'étranger en complément de la prise en charge ci-dessous.

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9 h 00 à 20 h 00 hors jours fériés, Mondial Assistance France communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans les domaines ci-après :

49.1 Information voyage

Santé

- Informations médicales de la vie courante (les vaccins, les médicaments, les médicaments génériques, la prévention,...).
- Les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques, centres anti-poisons, services « grands brûlés »...) : leurs coordonnées, leurs spécialités.
- Informations médicales préliminaires à un voyage (risques sanitaires et prévention, vaccinations...).
- Les médicaments.

Formalités administratives

- Démarches administratives à entreprendre pour déclarer un accident.
- Formalités administratives et services publics.

Juridique

- Comment porter plainte ?
- À qui s'adresser en cas de litige ?
- En termes de succession, comment protéger les intérêts de la famille ?

49.2 Rapatriement ou transport sanitaire

Si l'état du bénéficiaire nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, Mondial Assistance France organise et prend en charge, après avis de son médecin :

Le transport sanitaire ou le rapatriement du bénéficiaire vers le centre hospitalier le mieux adapté (soit dans le pays, soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés (avion sanitaire, avion de ligne régulière, train, bateau, ambulance). Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du bénéficiaire le permet. Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile du bénéficiaire.

Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du bénéficiaire. Les médecins de Mondial Assistance France se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du bénéficiaire, afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé.



Le rapatriement du bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

Si le bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le service médical de Mondial Assistance France, il décharge Mondial Assistance France de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perd tout droit à prestation de Mondial Assistance France.

49.3 Frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation engagés à l'étranger

Lorsque le bénéficiaire malade ou accidenté à l'étranger a engagé des frais médicaux ou n'est pas en mesure de régler sur place les sommes qui lui sont réclamées pour les soins reçus à la suite d'un événement couvert par la présente convention d'assistance, Mondial Assistance France propose :

49.3.1 L'avance des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger

Mondial Assistance France fait l'avance du paiement des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger directement auprès de l'établissement de soin où le bénéficiaire a été admis, dans la limite de 10 000 € TTC. Les factures sont alors adressées à Mondial Assistance France qui en assure le règlement.

Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire ou un de ses proches dépose, au moment de la demande, auprès de Mondial Assistance France ou de l'un de ses correspondants désigné, un chèque de paiement du montant à garantir. Le chèque de garantie est encaissé par Mondial Assistance France au plus tôt 2 (deux) mois après la date à laquelle l'avance a été faite. Au cas où le montant du chèque de garantie serait supérieur au montant réel des frais, Mondial Assistance France s'engage à reverser à l'émetteur la différence entre son chèque de garantie et la facture réglée dans le mois qui suit le règlement de celle-ci.

49.3.2 Le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation engagés à l'étranger

La prise en charge ou les remboursements effectués par Mondial Assistance France ne peuvent être inférieurs à 15 € TTC et sont limités à 2 000 € TTC par événement couvert par la présente convention d'assistance. Le remboursement des soins dentaires est quant à lui limité à 45 € TTC. La prise en charge ou les remboursements de Mondial Assistance France viennent en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire ou ses ayants droit auprès des organismes de Sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le bénéficiaire est affilié. Les demandes de prise en charge complémentaire doivent obligatoirement être accompagnées des décomptes originaux des remboursements obtenus auprès des organismes d'assurance maladie.

Ne donnent pas lieu à prise en charge ou remboursement complémentaire :

- **Les frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres ;**
- **Les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre-Mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un accident ou une maladie survenu en France ou à l'étranger ;**
- **Les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos.**

Afin de bénéficier du remboursement des frais avancés par le bénéficiaire avec l'accord de Mondial Assistance France, le bénéficiaire doit communiquer à Mondial Assistance France, tous les justificatifs (documents originaux) permettant d'établir le bien fondé de la demande, par courrier à l'adresse suivante :

Mondial Assistance France – Service Relation Clientèle – 2 rue Fragonard - 75017 Paris

Les prestations qui n'ont pas été demandées préalablement et qui n'ont pas été organisées par Mondial Assistance France, ne donnent pas droit à remboursement.

Article 50 – Assistance en cas de décès en voyage en France ou à l'étranger

Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- Le transport du corps depuis le lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine
- Les frais annexes nécessaires à ce transport y compris le coût d'un cercueil de modèle simple, dans la limite de 700 € TTC.
- La présence sur place d'un membre de la famille : un voyage aller et retour d'un membre de la famille ou d'un proche au départ de France métropolitaine, uniquement si des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place du bénéficiaire voyageant seul.
- Le séjour à l'hôtel du membre de la famille désigné au paragraphe « Présence sur place d'un membre de la famille », dans la limite de 250 € TTC par séjour.

Les frais d'accessoires de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille.



La Garantie Assistance Plus Enfant - Protocole 921 036

Article 51 – Mise en œuvre des garanties

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

Depuis la France

- Téléphone : 0969 391 929 (Appel non surtaxé)
- Télécopie : 01 40 25 52 62

Depuis l'étranger

- Téléphone : 00 33 1 40 25 58 61
- Télécopie : 00 33 1 40 25 52 62

accessibles 24 h/24, 7 jours/7, sauf mentions contraires, en indiquant :

- le nom et le n° d'adhésion au contrat,
- le nom et le prénom du bénéficiaire,
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire ou son représentant légal peut être joint,
- le numéro de protocole d'assistance 921 036.

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

Article 52 – Définitions

Bénéficiaire

Personne physique pour le compte de laquelle l'adhésion au contrat Allianz Compositio Plus Enfant a été réalisée par un tiers.

Domicile

Lieu de résidence principale en France métropolitaine.

Maladie

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine).

Accident corporel

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident. Il est précisé que la survenance brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ruptures d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale,...) ne peut être assimilée à un accident.

Acte ambulatoire

Acte médical ne nécessitant pas d'hospitalisation prolongée, correspondant à un soin médical ayant une durée inférieure à 24 heures.

Hospitalisation

- Tout séjour de plus de 24 heures dans un établissement de soins privé ou public **ou**
- Tout séjour dans un centre spécialisé (centre de réadaptation, de rééducation...) dès lors qu'il fait suite à une hospitalisation dans un établissement de soins privé ou public **ou**
- Toute hospitalisation à domicile,

consécutif à un accident, une maladie ou un accouchement, et prescrit par un médecin.

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

Immobilisation

Toute incapacité physique à se déplacer consécutive à un accident ou à une maladie, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin. Mondial Assistance France se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au domicile avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.



Transport

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

Territorialité

- Le bénéfice des prestations « Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel en voyage » est ouvert à l'étranger uniquement (monde entier, hors France métropolitaine).
- Le bénéfice des prestations « Assistance en cas de décès en voyage » est ouvert en France et à l'étranger.
- Le bénéfice de l'ensemble des autres prestations de la présente convention est ouvert uniquement en France métropolitaine.

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat Allianz et de l'accord liant Allianz et Mondial Assistance France pour la délivrance de ces prestations.

Article 53 – Assistance Information

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9 h 00 à 20 h 00 hors jours fériés, Mondial Assistance France communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans le domaine de la santé :

53.1 Informations d'ordre général sur la santé

- les urgences (n° Samu, pompiers, centre anti-poison...),
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- les problèmes d'alcool, de tabagisme,
- les problèmes de poids,
- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...),
- la grossesse et l'accouchement : les médicaments interdits/à éviter, les examens à effectuer (obligatoires/facultatifs),
- les maladies infantiles,
- les vaccinations à effectuer : caractère obligatoire/conseillé, risques liés à la vaccination,
- l'alimentation : en général et en fonction de certaines pathologies : ex : le diabète,
- les médicaments : les médicaments génériques,
- les informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre... (ex : rougeole, sida...),
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité sociale...).

53.2 Informations spécifiques à une pathologie (ex : autisme, allergies, sida...)

- le traitement et les conséquences médicales de cette pathologie,
- aide dans les recherches (où se renseigner ? associations ?),
- l'évolution de la maladie,
- risque de transmission aux enfants (génétiquement), risque de contagion pour l'entourage.

53.3 Conseils, Informations et orientation en matière de contraception

- information thématique sur la contraception,
- avantages, inconvénients et explications des différentes techniques de contraception (pilules 1^{ère}, 2^e ou 3^e génération, stérilet, patch, préservatif) et orientation lorsque nécessaire,
- que faire en cas de grossesse non souhaitée ? L'interruption volontaire de grossesse, ses aspects psychologiques, légaux... les différentes méthodes. Orientation lorsque nécessaire.

Article 54 – Assistance au domicile en cas de maladie, accident, accouchement du bénéficiaire ou décès d'un des 2 parents

Le premier réflexe, en cas d'urgence, doit être d'appeler les pompiers, le Samu ou le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, Mondial Assistance France peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le Samu ou tout autre moyen de transport sanitaire.



54.1 La livraison de médicaments en urgence

Recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24 h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire. Mondial Assistance France fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par Mondial Assistance France et est accessible 24 h/24, 7 jours/7.

54.2 Pendant ou à la suite d'une hospitalisation prévue ou imprévue de plus de 2 jours ou d'immobilisation de plus de 5 jours, du bénéficiaire, attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, ou en cas de décès d'un des 2 parents, Mondial Assistance organise et prend en charge :

54.2.1 La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

Un voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par l'adhérent ou le bénéficiaire majeur, résidant en France métropolitaine, et qui vient à son chevet.

54.2.2 Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 150 € TTC par séjour. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe 54.2.1 « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

Ces deux prestations ne sont pas cumulables avec la prestation 54.2.3 « La garde au domicile du bénéficiaire de moins de 15 ans » et 54.2.4 « Le transfert du bénéficiaire de moins de 15 ans chez un proche ».

54.2.3 La garde au domicile du bénéficiaire de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 3 jours par période d'hospitalisation, d'immobilisation du bénéficiaire ou en cas de décès d'un des 2 parents.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors dimanche et jours fériés.

La prestation est rendue par une personne qualifiée.

Sa mission consiste à garder le bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant, hors soins médicaux. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 54.2.1 « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » et 54.2.4 « le transfert du bénéficiaire de moins de 15 ans chez un proche ».

54.2.4 Le transfert du bénéficiaire de moins de 15 ans chez un proche :

un voyage aller et retour jusque chez un proche résidant en France métropolitaine désigné par l'adhérent ou le bénéficiaire majeur, avec si nécessaire, accompagnement par un proche résidant en France métropolitaine désigné par l'adhérent ou le bénéficiaire majeur ou un correspondant de Mondial Assistance France.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 54.2.1 « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » et 54.2.3 « la garde au domicile du bénéficiaire de moins de 15 ans ».

54.3 En cas de maladie ou accident du bénéficiaire, entraînant une absence scolaire de plus de 10 jours consécutifs, attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, ou en cas de décès d'un des 2 parents, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

54.3.1 Une aide pédagogique dans les matières scolaires principales, du cours préparatoire au Baccalauréat :

Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner le répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe du bénéficiaire. Il pourra, avec l'accord du bénéficiaire majeur ou de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels du bénéficiaire l'étendue du programme à étudier.



L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi, à raison de **15 heures par semaine**, tous cours confondus, fractionnables par tranche de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire.
La mise en place de l'aide pédagogique peut nécessiter un délai de 2 jours ouvrés.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'hospitalisation de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation.

Les matières scolaires principales sont les suivantes : français, mathématiques, physique, chimie, géographie, langues étrangères (langues de la CEE), histoire, technologie, biologie.

La prestation est accordée pour chaque absence scolaire de plus de 10 jours consécutifs, en cas de maladie ou accident du bénéficiaire ainsi qu'en cas de décès d'un des 2 parents, dans la limite des exclusions générales.

La prestation est également accordée en cas de chimiothérapie par intraveineuse, chimiothérapie orale ou de radiothérapie ambulatoire.

Les phobies scolaires sont exclues.

54.3.2 La conduite du bénéficiaire à l'école

s'il peut assister à ses cours mais qu'il a des difficultés à se déplacer et qu'aucun proche ne peut assurer son transport. Le transport est organisé par taxi et pris en charge à hauteur de 150 € TTC maximum par période d'immobilisation.

Article 55 – Assistance en cas de Traumatisme Psychologique

Lorsque le bénéficiaire est confronté à une situation difficile telle qu'une agression, un accident ou une maladie grave dont lui-même ou un de ses proches est victime, ou tous autres événements qui l'affectent psychologiquement et qu'il souhaite être accompagné pour mieux les surmonter, **Mondial Assistance France organise et prend en charge :**

55.1 Un soutien psychologique par téléphone

par un psychologue clinicien qui aidera le bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile. La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de Mondial Assistance France qui le rappellera pour entamer la démarche. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur.

L'accompagnement proposé est limité à 2 entretiens maximum. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

55.2 Un accompagnement psychologique en face à face

par un psychologue proche du domicile du bénéficiaire.

Cette prestation est soumise à une évaluation conjointe par le médecin de Mondial Assistance France et le médecin traitant du bénéficiaire ou le médecin urgentiste intervenu au moment de l'événement. Si la situation du bénéficiaire justifie un accompagnement psychologique en raison de l'ampleur du traumatisme subi, un premier rendez-vous avec le psychologue permet de déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement. Dans ce cas, la prise en charge de Mondial Assistance France est limitée à **8 heures** de consultation en cabinet. Dans le cas contraire, le médecin traitant convient avec son patient du mode d'intervention adapté.

Article 56 – Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel lors de voyages à l'étranger

L'attention du bénéficiaire ou de ses parents est attirée sur le fait que, dans certains pays, les frais médicaux peuvent être très onéreux. Il est vivement conseillé de se renseigner avant le départ et de prévoir une couverture spécifique « frais médicaux » pour tout voyage à l'étranger en complément de la prise en charge ci-dessous.

56.1 Rapatriement ou transport sanitaire

Si l'état du bénéficiaire nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, **Mondial Assistance France organise et prend en charge**, après avis de son médecin :



56.1.1 Le transport sanitaire ou le rapatriement

du bénéficiaire vers le centre hospitalier le mieux adapté (soit dans le pays soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés (avion sanitaire, avion de ligne régulière, train, bateau, ambulance). Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du bénéficiaire le permet. Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile du bénéficiaire.

Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du bénéficiaire. Les médecins de Mondial Assistance France se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du bénéficiaire, afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé. Le rapatriement du bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

Si le bénéficiaire, ou son représentant légal si le bénéficiaire est mineur, refuse de suivre les décisions prises par le service médical de Mondial Assistance France, il décharge Mondial Assistance France de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perd tout droit à prestation de Mondial Assistance France.

56.1.2 Le transport d'une personne accompagnant le bénéficiaire

lors de son transport sanitaire, si l'état du bénéficiaire le justifie et s'il n'y a pas de contre-indication.

56.2 Hospitalisation ou immobilisation sur place

Si le bénéficiaire est hospitalisé ou immobilisé sur place pour plus de 10 (dix) jours parce que son état ne justifie pas un rapatriement ou un transport sanitaire immédiat, mais l'empêche d'entreprendre le retour à la date initialement prévue, Mondial Assistance France organise et prend en charge, après avis de son médecin :

56.2.1 Le séjour à l'hôtel d'une personne restée au chevet du bénéficiaire

dans la limite de 350 € TTC par séjour. Le retour de cette personne est ensuite organisé et pris en charge si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations 56.2.2 « la présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » et 56.2.3 « le séjour à l'hôtel de la personne désignée ».

56.2.2 La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

un voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par l'adhérent ou le bénéficiaire majeur et résidant en France métropolitaine, si aucun des passagers sur place ne peut rester.

56.2.3 Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 350 € TTC par séjour.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe 56.2.2 « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

Ces deux prestations ne sont pas cumulables avec la prestation 56.2.1 « le séjour à l'hôtel d'une personne restée au chevet du bénéficiaire ».

56.3 Frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation engagés à l'étranger

Lorsque le bénéficiaire malade ou accidenté à l'étranger a engagé des frais médicaux ou n'est pas en mesure de régler sur place les sommes qui lui sont réclamées pour les soins reçus à la suite d'un événement couvert par la présente convention d'assistance, Mondial Assistance France propose :

56.3.1 L'avance des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger

Mondial Assistance France fait l'avance du paiement des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger directement auprès de l'établissement de soin où le bénéficiaire a été admis, dans la limite de 10 000 € TTC. Les factures sont alors adressées à Mondial Assistance France qui en assure le règlement. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire ou un de ses proches dépose, au moment de la demande, auprès de Mondial Assistance France ou de l'un de ses correspondants désignés, un chèque de paiement du montant à garantir.

Le chèque de garantie est encaissé par Mondial Assistance France au plus tôt 2 (deux) mois après la date à laquelle l'avance a été faite. Au cas où le montant du chèque de garantie serait supérieur au montant réel des frais, Mondial Assistance France s'engage à reverser à l'émetteur la différence entre son chèque de garantie et la facture réglée dans le mois qui suit le règlement de celle-ci.



56.3.2 Le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation engagés à l'étranger

La prise en charge ou les remboursements effectués par Mondial Assistance France ne peuvent être inférieurs à 15 € TTC et sont limités à 4 000 € TTC par événement couvert par la présente convention d'assistance. Le remboursement des soins dentaires est quant à lui limité à 45 € TTC. La prise en charge ou les remboursements de Mondial Assistance France viennent en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire ou ses ayants droit auprès des organismes de Sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le bénéficiaire est affilié. Les demandes de prise en charge complémentaire doivent obligatoirement être accompagnées des décomptes originaux des remboursements obtenus auprès des organismes d'assurance maladie.

Ne donnent pas lieu à prise en charge ou remboursement complémentaire :

- **Les frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres ;**
- **Les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre-Mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un accident ou une maladie survenu en France ou à l'étranger ;**
- **Les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos.**

Afin de bénéficier du remboursement des frais avancés par le bénéficiaire avec l'accord de Mondial Assistance France, le bénéficiaire doit communiquer à Mondial Assistance France, tous les justificatifs (documents originaux) permettant d'établir le bien fondé de la demande, par courrier à l'adresse suivante :

Mondial Assistance France – Service Relation Clientèle – 2 rue Fragonard - 75017 Paris

Les prestations qui n'ont pas été demandées préalablement et qui n'ont pas été organisées par Mondial Assistance France ne donnent pas droit à remboursement.

Article 57 – Assistance en cas de décès en voyage en France ou à l'étranger

Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- Le transport du corps depuis le lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine
- Les frais annexes nécessaires à ce transport y compris le coût d'un cercueil de modèle simple, dans la limite de 700 € TTC.
- La présence sur place d'un membre de la famille : un voyage aller et retour d'un membre de la famille ou d'un proche au départ de France métropolitaine, uniquement si des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place du bénéficiaire voyageant seul.
- Le séjour à l'hôtel du membre de la famille désigné au paragraphe « Présence sur place d'un membre de la famille », dans la limite de 350 € TTC par séjour.

Les frais d'accessoires de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille.

Article 58 – Service d'information et de mise en relation avec des prestataires de Services à la Personne

En complément des prestations accordées dans le cadre de la présente convention, l'adhérent ou le bénéficiaire majeur peut accéder à la mise en relation avec un réseau de prestataires agréés, visant à accompagner le bénéficiaire dans la recherche de solutions de vie quotidienne.

L'objectif de ce service est :

- de délivrer de l'information sur les services à la personne.
- de mettre en relation le demandeur avec un prestataire référencé par Mondial Assistance France.

Suite à une demande de mise en relation auprès de la plateforme de service, l'adhérent ou le bénéficiaire majeur choisit ou non d'établir un contrat avec le prestataire avec lequel il a été mis en relation et se charge de lui régler directement les coûts relatifs à la réalisation des prestations.



Les prestations décrites dans le tableau suivant sont éligibles au dispositif fiscal relatif aux services à la personne.

Garde d'enfants	Enfants de tous âges	<p>Garde d'enfants au domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> – temps plein, temps partiel, sortie d'école, remplacement de nounou, – éveil et jeux, repas, toilette et soins d'hygiène, maintien de l'environnement des enfants, – accompagnement / récupération des enfants à la crèche ou l'école, – accompagnement aux activités extrascolaires (à pied ou en transports en commun), – entretien du lieu de vie de l'enfant. <p>Sont exclus : les déplacements en voiture ou autres transports ne relevant pas des transports en commun, le ménage.</p> <p>Garde d'enfant malade au domicile :</p> <p>Sont exclus : les soins médicaux</p>
Soutien scolaire	Enfants et étudiants scolarisés	<p>Soutien scolaire niveau primaire « matières classiques » : du CP au CM2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – aide aux devoirs, accompagnement dans certaines matières (français, mathématiques, langues) <p>Soutien scolaire niveau secondaire « matières classiques » : 6^e à la terminale :</p> <ul style="list-style-type: none"> – soutien par matière, préparation aux examens. <p>Matières classiques : Mathématiques, Physique, Chimie, Biologie, Français, Philosophie, Histoire, Géographie, Anglais, Allemand, Espagnol, Italien, Économie, Comptabilité, Droit.</p> <p>Soutien scolaire niveau supérieur « matières classiques » : BAC +1 à BAC +4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – soutien par matière, préparation aux examens. <p>Matières classiques : Mathématiques, Physique, Chimie, Biologie, Français, Philosophie, Histoire, Géographie, Anglais, Allemand, Espagnol, Italien, Économie, Comptabilité, Droit.</p> <p>Soutien scolaire matières « hors classiques » sur devis</p> <p>Cours de musique et cours de solfège :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Instruments : violon, piano, guitare, flûte à bec, flûte traversière. – Plusieurs niveaux : débutant, intermédiaire, avancé .



La Garantie Assistance Plus Adulte – Protocole 921 037

Article 59 – Mise en œuvre des garanties

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

Depuis la France

- Téléphone : 0969 391 929 (Appel non surtaxé)
- Télécopie : 01 40 25 52 62

Depuis l'étranger

- Téléphone : 00 33 1 40 25 58 61
- Télécopie : 00 33 1 40 25 52 62

accessibles 24 h/24, 7 jours/7, sauf mentions contraires, en indiquant :

- le nom et le n° d'adhésion au contrat,
- le nom et le prénom du bénéficiaire,
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint,
- le numéro de protocole d'assistance 921 037.

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

Article 60 – Définitions

Bénéficiaire

Personne physique bénéficiaire d'une garantie soins Allianz Compositio Plus Adulte.

Enfant à charge

Enfant, descendant du bénéficiaire ou de son conjoint de fait, gardé usuellement au domicile du bénéficiaire.

Domicile

Lieu de résidence principale en France métropolitaine.

Maladie

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine).

Accident corporel

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

Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident. Il est précisé que la survenance brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ruptures d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale,...) ne peut être assimilée à un accident.

Acte ambulatoire

Acte médical ne nécessitant pas d'hospitalisation prolongée, correspondant à un soin médical ayant une durée inférieure à 24 heures.

Hospitalisation

- Tout séjour de plus de 24 heures dans un établissement de soins privé ou public **ou**
- Tout séjour dans un centre spécialisé (centre de réadaptation, de rééducation...) dès lors qu'il fait suite à une hospitalisation dans un établissement de soins privé ou public **ou**
- Toute hospitalisation à domicile, consécutif à un accident, une maladie ou un accouchement, et prescrit par un médecin.

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



Immobilisation

Toute incapacité physique à se déplacer consécutive à un accident ou à une maladie, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin. Mondial Assistance France se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au domicile avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Transport

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

Territorialité

- Le bénéfice des prestations « Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel en voyage » est ouvert à l'étranger uniquement (monde entier, hors France métropolitaine).
- Le bénéfice des prestations « Assistance en cas de décès en voyage » est ouvert en France et à l'étranger.
- Le bénéfice de l'ensemble des autres prestations de la présente convention est ouvert uniquement en France métropolitaine.

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat Allianz et de l'accord liant Allianz et Mondial Assistance France pour la délivrance de ces prestations.

Article 61 – Assistance Information

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9 h 00 à 20 h 00 hors jours fériés, Mondial Assistance France communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans le domaine de la santé :

61.1 Informations d'ordre général sur la santé

- les urgences (n° Samu, pompiers, centre anti-poison...),
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- les problèmes d'alcool, de tabagisme,
- les problèmes de poids,
- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...),
- la grossesse et l'accouchement : les médicaments interdits/à éviter, les examens à effectuer (obligatoires/facultatifs),
- les maladies infantiles,
- les vaccinations à effectuer : caractère obligatoire/conseillé, risques liés à la vaccination,
- les maladies du 3^{ème}/4^{ème} âge,
- l'alimentation : en général et en fonction de certaines pathologies (ex : le diabète),
- les médicaments : les médicaments génériques,
- les informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre (ex : rougeole, sida...),
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité sociale...).

61.2 Informations spécifiques à une pathologie (ex : parkinson, alzheimer, allergies, sida...)

- le traitement et les conséquences médicales de cette pathologie,
- aide dans les recherches (où se renseigner ? associations ?),
- l'évolution de la maladie,
- risque de transmission aux enfants (génétiquement), risque de contagion pour l'entourage.

61.3 Conseils, Informations et orientation en matière de contraception

- information thématique sur la contraception,
- avantages, inconvénients et explications des différentes techniques de contraception (pilules 1^{ère}, 2^e ou 3^e génération, stérilet, patch, préservatif, anneaux, vasectomie...) et orientation lorsque nécessaire,
- que faire en cas de grossesse non souhaitée ? L'interruption volontaire de grossesse, ses aspects psychologiques, légaux,... les différentes méthodes. Orientation lorsque nécessaire.



Article 62 – Assistance au domicile en cas de maladie, accident, accouchement ou décès

Le premier réflexe, en cas d'urgence, doit être d'appeler les pompiers, le Samu ou le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, Mondial Assistance France peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le Samu ou tout autre moyen de transport sanitaire.

62.1 La livraison de médicaments en urgence

Recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24 h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire. Mondial Assistance France fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par Mondial Assistance France et est accessible 24 h/24, 7 jours/7.

62.2 Pendant ou à la suite d'une hospitalisation prévue ou imprévue de plus de 2 jours ou d'immobilisation de plus de 5 jours du bénéficiaire attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, ou en cas de décès du bénéficiaire, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

62.2.1 L'aide ménagère à domicile

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 15 heures pouvant être réparties sur 3 semaines. Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire.

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation, la demande doit être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile, pour pouvoir être accordée.

Les heures allouées et leur répartition sont déterminées par Mondial Assistance France.

62.2.2 La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

- soit la garde chez un professionnel, frais de nourriture compris, dans la limite de 200 € TTC maximum par période d'hospitalisation, d'immobilisation ou en cas de décès,
- soit le transport chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. **Sont exclus les chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense) mentionnés dans la Loi n° 2008-582 du 20 juin 2008 renforçant les mesures de prévention et de protection des personnes contre les chiens dangereux.**

62.2.3 La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

Un voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne résidant en France métropolitaine, désignée par le bénéficiaire, et qui vient à son chevet.

62.2.4 Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 150 € TTC par séjour.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe 62.2.3 « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

62.2.5 La garde au domicile des enfants à charge de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 48 heures par période d'hospitalisation, d'immobilisation ou en cas de décès. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors dimanche et jours fériés.



La prestation est rendue par une personne qualifiée. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant, hors soins médicaux. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 62.2.7 « Présence d'un proche au domicile » et 62.2.6 « le transfert des enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche ».

62.2.6 Le transfert des enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche :

Un voyage aller et retour jusque chez un proche résidant en France métropolitaine désigné par le bénéficiaire, avec si nécessaire, accompagnement par un proche résidant en France métropolitaine désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de Mondial Assistance France.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 62.2.7 « Présence d'un proche au domicile » et 62.2.5 « la garde au domicile des enfants à charge de moins de 15 ans ».

62.2.7 La présence d'un proche au domicile :

Un voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne résidant en France métropolitaine désignée par le bénéficiaire, pour s'occuper des enfants de moins de 15 ans à la charge du bénéficiaire.

62.2.8 Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au domicile » dans la limite de 150 € TTC par séjour.

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

Ces deux prestations ne sont pas cumulables avec la prestation 62.2.5 « La garde au domicile des enfants à charge de moins de 15 ans » et 62.2.6 « Le transfert des enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche ».

Article 63 – Assistance en cas de Traumatisme Psychologique

Lorsque le bénéficiaire est confronté à une situation difficile telle qu'une agression, un accident ou une maladie grave dont lui-même ou un de ses proches est victime, ou tous autres événements qui l'affectent psychologiquement et qu'il souhaite être accompagné pour mieux les surmonter, **Mondial Assistance France organise et prend en charge :**

63.1 Un soutien psychologique par téléphone

par un psychologue clinicien qui aidera le bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile. La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de Mondial Assistance France qui le rappellera pour entamer la démarche. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur. L'accompagnement proposé est limité à 2 entretiens maximum. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

63.2 Un accompagnement psychologique en face à face

par un psychologue proche du domicile du bénéficiaire. Cette prestation est soumise à une évaluation conjointe par le médecin de Mondial Assistance France et le médecin traitant du bénéficiaire ou le médecin urgentiste intervenu au moment de l'événement. Si la situation du bénéficiaire justifie un accompagnement psychologique en raison de l'ampleur du traumatisme subi, un premier rendez-vous avec le psychologue permet de déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement. Dans ce cas, la prise en charge de Mondial Assistance France est limitée à 8 heures de consultation en cabinet. Dans le cas contraire, le médecin traitant convient avec son patient du mode d'intervention adapté.

Article 64 – Assistance en cas de Chimiothérapie / Radiothérapie pour traitement du cancer

64.1 Aide ménagère à domicile

En cas de chimiothérapie par intraveineuse, chimiothérapie orale ou de radiothérapie ambulatoire, pour traitement du cancer, Mondial Assistance France recherche, missionne et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère à concurrence de **30 heures maximum** par année civile. L'intervention de la prestation « aide ménagère » doit obligatoirement être organisée dans les 48 h qui suivent une séance de chimiothérapie ou de radiothérapie.



Chaque intervention d'une aide ménagère est de 3 heures minimum (incluant le temps de déplacement de l'aide ménagère jusqu'au domicile). La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas,...) au domicile. Cette garantie fonctionne du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8 h 00 à 19 h 00.

Les heures allouées et leur répartition sont déterminées par Mondial Assistance France.

Article 65 – Assistance en cas de Chirurgie Ambulatoire

La chirurgie ambulatoire se pratique obligatoirement en milieu hospitalier. Le patient y entre le matin et en sort dans la journée.

65.1 Prise en charge des frais de taxi

En raison des procédures d'anesthésie spécifiques utilisées dans le cadre de la chirurgie ambulatoire et de la coloscopie, le patient opéré n'a pas le droit de conduire le soir pour retourner à son domicile. Dans ce cas, Mondial Assistance France organise et prend en charge le transport par taxi ou par ambulance du domicile vers l'hôpital et de l'hôpital vers le domicile, dans un rayon de 50 km maximum. Les frais de taxi sont pris en charge avec un maximum de 100 € TTC par intervention réalisée en chirurgie ambulatoire.

65.2 Appel du lendemain

Sur simple demande, une infirmière de Mondial Assistance France appelle le bénéficiaire le lendemain de l'acte opératoire pour s'assurer qu'il n'a pas de problèmes particuliers consécutifs à l'intervention ou de difficultés dans la gestion du traitement prescrit. En cas de difficultés repérées, l'infirmière s'assure qu'il trouvera une réponse adéquate soit de l'établissement ayant réalisé l'acte, soit d'un professionnel de santé.

Article 66 – Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel lors de voyages à l'étranger

L'attention du bénéficiaire est attirée sur le fait que, dans certains pays, les frais médicaux peuvent être très onéreux. Il est vivement conseillé de se renseigner avant le départ et de prévoir une couverture spécifique « frais médicaux » pour tout voyage à l'étranger en complément de la prise en charge ci-dessous.

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9 h 00 à 20 h 00 hors jours fériés, Mondial Assistance France communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans les domaines ci-après :

66.1 Information voyage

Santé

- Informations médicales de la vie courante (les vaccins, les médicaments, les médicaments génériques, la prévention,...).
- Les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques, centres anti-poisons, services « grands brûlés »...) : leurs coordonnées, leurs spécialités.
- Informations médicales préliminaires à un voyage (risques sanitaires et prévention, vaccinations...).
- Les médicaments.

Formalités administratives

- Démarches administratives à entreprendre pour déclarer un accident.
- Formalités administratives et services publics.

Juridique

- Comment porter plainte ?
- À qui s'adresser en cas de litige ?
- En termes de succession, comment protéger les intérêts de la famille ?

66.2 Rapatriement ou transport sanitaire

Si l'état du bénéficiaire nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, Mondial Assistance France organise et prend en charge, après avis de son médecin :

Le transport sanitaire ou le rapatriement du bénéficiaire vers le centre hospitalier le mieux adapté (soit dans le pays, soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés (avion sanitaire, avion de ligne régulière, train, bateau, ambulance). Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est



pris en charge dès que l'état du bénéficiaire le permet. Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile du bénéficiaire. Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du bénéficiaire. Les médecins de Mondial Assistance France se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du bénéficiaire, afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé. Le rapatriement du bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle. Si le bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le service médical de Mondial Assistance France, il décharge Mondial Assistance France de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perd tout droit à prestation de Mondial Assistance France.

66.3 Frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation engagés à l'étranger

Lorsque le bénéficiaire malade ou accidenté à l'étranger a engagé des frais médicaux ou n'est pas en mesure de régler sur place les sommes qui lui sont réclamées pour les soins reçus à la suite d'un événement couvert par la présente convention d'assistance, Mondial Assistance France propose :

66.3.1 L'avance des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger

Mondial Assistance France fait l'avance du paiement des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger directement auprès de l'établissement de soin où le bénéficiaire a été admis, dans la limite de 10 000 € TTC. Les factures sont alors adressées à Mondial Assistance France qui en assure le règlement.

Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire ou un de ses proches dépose, au moment de la demande, auprès de Mondial Assistance France ou de l'un de ses correspondants désigné, un chèque de paiement du montant à garantir. Le chèque de garantie est encaissé par Mondial Assistance France au plus tôt 2 (deux) mois après la date à laquelle l'avance a été faite. Au cas où le montant du chèque de garantie serait supérieur au montant réel des frais, Mondial Assistance France s'engage à reverser à l'émetteur la différence entre son chèque de garantie et la facture réglée dans le mois qui suit le règlement de celle-ci.

66.3.2 Le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation engagés à l'étranger

La prise en charge ou les remboursements effectués par Mondial Assistance France ne peuvent être inférieurs à 15 € TTC et sont limités à 4 000 € TTC par événement couvert par la présente convention d'assistance. Le remboursement des soins dentaires est quant à lui limité à 45 € TTC.

La prise en charge ou les remboursements de Mondial Assistance France viennent en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire ou ses ayants droit auprès des organismes de Sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le bénéficiaire est affilié. Les demandes de prise en charge complémentaire doivent obligatoirement être accompagnées des décomptes originaux des remboursements obtenus auprès des organismes d'assurance maladie.

Ne donnent pas lieu à prise en charge ou remboursement complémentaire :

- **Les frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres ;**
- **Les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre-Mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un accident ou une maladie survenu en France ou à l'étranger ;**
- **Les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos.**

Afin de bénéficier du remboursement des frais avancés par le bénéficiaire avec l'accord de Mondial Assistance France, le bénéficiaire doit communiquer à Mondial Assistance France, tous les justificatifs (documents originaux) permettant d'établir le bien fondé de la demande, par courrier à l'adresse suivante :

Mondial Assistance France – Service Relation Clientèle – 2 rue Fragonard - 75017 Paris

Les prestations qui n'ont pas été demandées préalablement et qui n'ont pas été organisées par Mondial Assistance France, ne donnent pas droit à remboursement.

Article 67 – Assistance en cas de décès en voyage en France ou à l'étranger

Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- Le transport du corps depuis le lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.
- Les frais annexes nécessaires à ce transport y compris le coût d'un cercueil de modèle simple, dans la limite de 700 € TTC.



- La présence sur place d'un membre de la famille : un voyage aller et retour d'un membre de la famille ou d'un proche au départ de France métropolitaine, uniquement si des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place du bénéficiaire voyageant seul.
- Le séjour à l'hôtel du membre de la famille désigné au paragraphe « Présence sur place d'un membre de la famille », dans la limite de 350 € TTC par séjour.

Les frais d'accessoires de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille.

Article 68 – Service d'information et de mise en relation avec des prestataires de Services à la Personne

En complément des prestations accordées dans le cadre de la présente convention, le bénéficiaire peut accéder à de la mise en relation avec un réseau de prestataires agréés, visant à accompagner celui-ci dans la recherche de solutions de vie quotidienne.

L'objectif de ce service est :

- de délivrer de l'information sur les services à la personne,
- de mettre en relation le demandeur avec un prestataire référencé par Mondial Assistance France.

Suite à une demande de mise en relation auprès de la plateforme de service, le bénéficiaire choisit ou non d'établir un contrat avec le prestataire avec lequel il a été mis en relation et se charge de lui régler directement les coûts relatifs à la réalisation des prestations.

Les prestations décrites dans le tableau suivant sont éligibles au dispositif fiscal relatif aux services à la personne.

Famille de services	Services	Public	Description de la prestation
Maison et cadre de vie			
	Petit jardinage	Pour tous	Travaux d'entretien courant du jardin : taille des haies et des arbres (moins de 2 m), tonte de la pelouse, désherbage, débroussaillage y compris l'enlèvement des déchets,... Sont exclus : – les travaux « forestiers » (récolte du bois, reboisement...), – le traitement des arbres contre les maladies...
	Entretien de la maison	Pour tous	Travaux d'entretien courant du domicile : ménage, repassage, vaisselle, entretien du linge,... Mais aussi sur demande : préparation des repas, portage de linge au pressing, livraison de courses de proximité et en petites quantités à condition que ces prestations soient comprises dans une offre de service comprenant un ensemble d'activités réalisées au domicile. Sont exclus : – le nettoyage des vitres de grande hauteur (au-delà d'une hauteur d'homme), – travaux de type shampooinage des moquettes ou des tapis qui nécessitent un matériel spécifique.
	Petit bricolage	Pour tous	Travaux dits de petit bricolage réalisables par un « Homme de toutes mains » : travaux d'installation (monter un meuble en kit, poser une tringle à rideau, décrocher un lustre,...), électricité (poser un interrupteur, installer un tableau à fusibles,...), serrurerie (poser une poignée, réparer une charnière,...). Mais aussi des travaux ménagers : – qui ne peuvent être réalisés par une aide ménagère car exigent des manipulations « lourdes » : installer un lustre, déplacer des meubles, accéder à des zones difficiles Sont exclus : – tous les travaux qui exigent l'intervention d'un professionnel/artisan.



La Garantie Assistance Plus Senior – Protocole 921 038

Article 69 – Mise en œuvre des garanties

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

Depuis la France

- Téléphone : 0969 391 929 (Appel non surtaxé)
- Télécopie : 01 40 25 52 62

Depuis l'étranger

- Téléphone : 00 33 1 40 25 58 61
- Télécopie : 00 33 1 40 25 52 62

accessibles 24 h/24, 7 jours/7, sauf mentions contraires, en indiquant :

- le nom et le n° d'adhésion au contrat,
- le nom et le prénom du bénéficiaire,
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint,
- le numéro de protocole d'assistance 921 038.

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

Article 70 – Définitions

Bénéficiaire

Personne physique bénéficiaire d'une garantie soins Allianz Compositio Plus Senior.

Enfant à charge ou petit-enfant

Enfant, descendant du bénéficiaire ou de son conjoint de fait, gardé usuellement au domicile du bénéficiaire.

Ascendant dépendant à charge

Tout ascendant (parents, beaux-parents et grands-parents) vivant sous le toit du bénéficiaire et fiscalement à sa charge est considéré comme ascendant dépendant à charge.

Domicile

Lieu de résidence principale en France métropolitaine.

Maladie

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine).

Accident corporel

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

Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident. Il est précisé que la survenance brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ruptures d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale,...) ne peut être assimilée à un accident.

Acte ambulatoire

Acte médical ne nécessitant pas d'hospitalisation prolongée, correspondant à un soin médical ayant une durée inférieure à 24 heures.

Hospitalisation

- Tout séjour de plus de 24 heures dans un établissement de soins privé ou public **ou**
- Tout séjour dans un centre spécialisé (centre de réadaptation, de rééducation...) dès lors qu'il fait suite à une hospitalisation dans un établissement de soins privé ou public **ou**
- Toute hospitalisation à domicile, consécutif à un accident, une maladie, et prescrit par un médecin.



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

Hospitalisation imprévue

Toute hospitalisation, définie au paragraphe précédent, prescrite en urgence par un médecin, à l'exclusion des hospitalisations de jour et des hospitalisations planifiées.

Transport

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

Territorialité

- Le bénéfice des prestations « Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel en voyage » est ouvert à l'étranger uniquement (monde entier, hors France métropolitaine).
- Le bénéfice des prestations « Assistance en cas de décès en voyage » est ouvert en France et à l'étranger.
- Le bénéfice de l'ensemble des autres prestations de la présente convention est ouvert uniquement en France métropolitaine.

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat Allianz et de l'accord liant Allianz et Mondial Assistance France pour la délivrance de ces prestations.

Article 71 – Assistance Information

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9 h 00 à 20 h 00 hors jours fériés, Mondial Assistance France communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans le domaine de la santé :

71.1 Informations d'ordre général sur la santé

- les urgences (n° Samu, pompiers, centre anti-poison...),
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- les problèmes d'alcool, de tabagisme,
- les problèmes de poids,
- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...),
- les vaccinations à effectuer : caractère obligatoire/conseillé, risques liés à la vaccination,
- les maladies du 3^{ème}/4^{ème} âge,
- l'alimentation : en général et en fonction de certaines pathologies (ex : le diabète),
- les médicaments : les médicaments génériques,
- les informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre (ex : rougeole, sida...),
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité sociale...).

71.2 Informations spécifiques à une pathologie (ex : parkinson, alzheimer, allergies, sida...)

- le traitement et les conséquences médicales de cette pathologie,
- aide dans les recherches (où se renseigner ? associations ?),
- l'évolution de la maladie,
- risque de transmission aux enfants (génétiquement), risque de contagion pour l'entourage.

Article 72 – Assistance au domicile en cas de maladie, accident, accouchement ou décès

Le premier réflexe, en cas d'urgence, doit être d'appeler les pompiers, le Samu ou le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, Mondial Assistance France peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le Samu ou tout autre moyen de transport sanitaire.



72.1 La livraison de médicaments en urgence

Recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24 h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire. Mondial Assistance France fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par Mondial Assistance France et est accessible 24 h/24, 7 jours/7.

72.2 Les déplacements pour visites, analyses et examens médicaux

Transport aller et retour en ambulance, véhicule sanitaire léger ou taxi si le bénéficiaire doit passer des examens médicaux, faire des analyses médicales ou se rendre aux visites médicales.

La prise en charge financière du transport est limitée à un maximum de 100 € TTC par année civile, quel que soit le nombre de visites, analyses et examens médicaux.

72.3 Pendant ou à la suite d'une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures du bénéficiaire, attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, ou en cas de décès du bénéficiaire, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

72.3.1 Assistance aux enfants et petits enfants de moins de 15 ans habituellement gardés par le bénéficiaire

72.3.1.1 Le transfert des enfants à charge ou petits enfants de moins de 15 ans

Un voyage aller et retour jusque chez un proche, résidant en France métropolitaine, désigné par le bénéficiaire, avec si nécessaire, accompagnement par un proche, résidant en France métropolitaine, désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de Mondial Assistance France.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 72.3.1.3 « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire ».

72.3.1.2 La garde au domicile des enfants ou petits enfants de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 48 heures par période d'hospitalisation ou en cas de décès. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors dimanche et jours fériés. La prestation est rendue par une personne qualifiée. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant, hors soins médicaux. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations 72.3.1.1 « Le transfert des enfants à charge ou petits enfants de moins de 15 ans » et 72.3.1.3 « La présence d'un proche au domicile ».

72.3.1.3 La présence d'un proche au domicile du bénéficiaire

Un voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne résidant en France métropolitaine désignée par le bénéficiaire, pour s'occuper des enfants ou petits enfants

72.3.1.4 Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » dans la limite de 150 € TTC par séjour. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe 72.3.1.3 « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire ».

Ces deux prestations ne sont pas cumulables avec la prestation 72.3.1.1 « Le transfert des enfants à charge ou petits enfants de moins de 15 ans ».

72.3.2 Assistance aux ascendants dépendants à charge

72.3.2.1 La présence d'un proche au domicile du bénéficiaire

Un voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne résidant en France métropolitaine désignée par le bénéficiaire, pour s'occuper de l'ascendant dépendant à charge.



72.3.2.2 Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » dans la limite de 150 € TTC par séjour. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe 72.3.2.1 « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire ».

Ces deux prestations ne sont pas cumulables avec la prestation 72.3.2.3 « Transfert de l'ascendant dépendant ».

72.3.2.3 Le transfert de l'ascendant dépendant

Un voyage aller et retour jusque chez un proche, résidant en France métropolitaine, désigné par le bénéficiaire, avec si nécessaire, accompagnement par un proche résidant en France métropolitaine désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de Mondial Assistance France.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 72.3.2.1 « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire ».

72.3.2.4 La garde de l'ascendant dépendant

par une auxiliaire de vie, pour un maximum de 5 jours consécutifs par période d'hospitalisation.

Chaque prestation de l'auxiliaire de vie dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors jours fériés. Pendant ses heures de présence, l'auxiliaire de vie épaula et assiste le bénéficiaire en lui apportant une aide professionnelle dans l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne y compris les loisirs : le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène et de prévention (à l'exclusion des soins infirmiers), l'aide à l'appareillage, la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers courants.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 72.3.2.1 « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » et 72.3.2.3 « Transfert de l'ascendant dépendant ».

72.4 Pendant ou à la suite d'une hospitalisation prévue ou imprévue de plus de 2 jours du bénéficiaire, attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, ou en cas de décès du bénéficiaire, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

72.4.1 L'aide ménagère à domicile

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de **15 heures** pouvant être réparties sur 3 semaines.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire. En cas d'hospitalisation, la demande doit être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au domicile pour pouvoir être accordée.

Les heures allouées et leur répartition sont déterminées par Mondial Assistance France.

72.4.2 Une garde malade

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de **24 heures** pouvant être réparties sur 3 semaines. Chaque prestation de la garde malade dure au minimum 2 (deux) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors jours fériés. La garde malade est à proximité directe du bénéficiaire et assure son confort physique et moral (aide à la toilette, à l'habillage, promenade). La garde malade n'est pas habilitée à effectuer des soins médicaux, mais peut, sur la base d'une ordonnance s'assurer de la prise des médicaments.

72.4.3 La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

Un voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne résidant en France métropolitaine désignée par le bénéficiaire, qui vient à son chevet.

72.4.4 Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » dans la limite de 150 € TTC par séjour.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe 72.4.3 « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».



72.4.5 La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

- soit la garde chez un professionnel, frais de nourriture compris, dans la limite de 200 € TTC maximum par période d'hospitalisation ou en cas de décès,
- soit le transport chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. **Sont exclus les chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense) mentionnés dans la Loi n° 2008-582 du 20 juin 2008 renforçant les mesures de prévention et de protection des personnes contre les chiens dangereux.**

72.5 A la suite d'une hospitalisation prévue ou imprévue de plus de 10 jours, attestée par le bulletin d'hospitalisation, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

72.5.1 La téléassistance ponctuelle

Mise à disposition et prise en charge au domicile d'un dispositif de téléassistance pendant 3 (trois), mois si le bénéficiaire est isolé pendant sa convalescence à la suite d'une hospitalisation de plus de 10 jours.

Le dispositif est composé d'un appareil de télécommunication spécial et d'un service d'écoute. Il permet à l'assuré de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son habitation, 24 heures sur 24, en actionnant simplement une télécommande qu'il conserve sur lui.

Un opérateur du service d'écoute entre en liaison vocale avec lui sans qu'il ait à décrocher son téléphone grâce au transmetteur (qui compose automatiquement le numéro du centre de surveillance et joue le rôle d'interphone).

L'opérateur dialogue avec le bénéficiaire pour analyser la situation, le rassurer et lui venir en aide en cas de problème. Il peut contacter les proches du bénéficiaire, son médecin, les pompiers, la police, un réparateur, etc.

Si le bénéficiaire ne peut pas répondre, l'opérateur déclenche immédiatement l'intervention la plus rapide, c'est-à-dire conjointement les proches, amis ou voisins et les secours d'urgence si nécessaire.

Au-delà de cette période de 3 mois, Mondial Assistance France pourra, à la demande du bénéficiaire, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

72.5.2 Conditions applicables à la mise en place du dispositif téléassistance

Lors de la demande, le bénéficiaire devra nous fournir un certain nombre de données confidentielles le concernant pour la mise en place du service :

- ses coordonnées et les moyens d'accès à son domicile,
- les coordonnées d'au moins un dépositaire de clefs proche de son domicile,
- des informations concernant son entourage,
- des informations concernant son état de santé et les coordonnées de son médecin traitant,
- la présence éventuelle d'une autre personne ou d'animaux domestiques au domicile.

Article 73 – Assistance en cas de Traumatisme Psychologique

Lorsque le bénéficiaire est confronté à une situation difficile telle qu'une agression, un accident ou une maladie grave dont lui-même ou un de ses proches est victime, ou tous autres événements qui l'affectent psychologiquement et qu'il souhaite être accompagné pour mieux les surmonter, **Mondial Assistance France organise et prend en charge :**

73.1 Un soutien psychologique par téléphone

par un psychologue clinicien qui aidera le bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile. La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de Mondial Assistance France qui le rappellera pour entamer la démarche. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur. L'accompagnement proposé est limité à 2 entretiens maximum. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

73.2 Un accompagnement psychologique en face à face

par un psychologue proche du domicile du bénéficiaire.

Cette prestation est soumise à une évaluation conjointe par le médecin de Mondial Assistance France et le médecin traitant du bénéficiaire ou le médecin urgentiste intervenu au moment de l'événement. Si la situation du bénéficiaire



justifie un accompagnement psychologique en raison de l'ampleur du traumatisme subi, un premier rendez-vous avec le psychologue permet de déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement. Dans ce cas, la prise en charge de Mondial Assistance France est limitée à 8 heures de consultation en cabinet. Dans le cas contraire, le médecin traitant convient avec son patient du mode d'intervention adapté.

Article 74 – Assistance en cas de Chimiothérapie / Radiothérapie pour traitement du cancer

74.1 Aide ménagère à domicile

En cas de chimiothérapie par intraveineuse, chimiothérapie orale ou de radiothérapie ambulatoire, pour traitement du cancer, Mondial Assistance France recherche, missionne et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère à concurrence de **30 heures maximum par année civile**.

L'intervention de la prestation « aide ménagère » doit obligatoirement être organisée dans les 48 h qui suivent une séance de chimiothérapie ou de radiothérapie.

Chaque intervention d'une aide ménagère est de 3 h minimum (incluant le temps de déplacement de l'aide ménagère jusqu'au domicile). La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas,...) au domicile. Cette garantie fonctionne du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8 h 00 à 19 h 00.

Les heures allouées et leur répartition sont déterminées par Mondial Assistance France.

Article 75 – Assistance en cas de Chirurgie Ambulatoire

La chirurgie ambulatoire se pratique obligatoirement en milieu hospitalier. Le patient y entre le matin et en sort dans la journée.

75.1 Prise en charge des frais de taxi

En raison des procédures d'anesthésie spécifiques utilisées dans le cadre de la chirurgie ambulatoire et de la coloscopie, le patient opéré n'a pas le droit de conduire le soir pour retourner à son domicile.

Dans ce cas, Mondial Assistance France organise et prend en charge le transport par taxi ou par ambulance du domicile vers l'hôpital et de l'hôpital vers le domicile, dans un rayon de 50 km maximum. Les frais de taxi sont pris en charge avec un maximum de 100 € TTC par intervention réalisée en chirurgie ambulatoire.

75.2 Appel du lendemain

Sur simple demande, une infirmière de Mondial Assistance France appelle le bénéficiaire le lendemain de l'acte opératoire pour s'assurer qu'il n'a pas de problèmes particuliers consécutifs à l'intervention ou de difficultés dans la gestion du traitement prescrit. En cas de difficultés repérées, l'infirmière s'assure qu'il trouvera une réponse adéquate soit de l'établissement ayant réalisé l'acte, soit d'un professionnel de santé.

Article 76 – Assistance en cas de maladie ou d'accident corporel lors de voyages à l'étranger

L'attention du bénéficiaire est attirée sur le fait que, dans certains pays, les frais médicaux peuvent être très onéreux. Il est vivement conseillé de se renseigner avant le départ et de prévoir une couverture spécifique « frais médicaux » pour tout voyage à l'étranger en complément de la prise en charge ci-dessous.

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9 h 00 à 20 h 00 hors jours fériés, Mondial Assistance France communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans les domaines ci-après :

76.1 Information voyage

Santé

- Informations médicales de la vie courante (les vaccins, les médicaments, les médicaments génériques, la prévention,...).
- Les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques, centres anti-poisons, services « grands brûlés »...) : leurs coordonnées, leurs spécialités.
- Informations médicales préliminaires à un voyage (risques sanitaires et prévention, vaccinations...).
- Les médicaments.



Formalités administratives

- Démarches administratives à entreprendre pour déclarer un accident.
- Formalités administratives et services publics.

Juridique

- Comment porter plainte ?
- À qui s'adresser en cas de litige ?
- En termes de succession, comment protéger les intérêts de la famille ?

76.2 Rapatriement ou transport sanitaire

Si l'état du bénéficiaire nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, **Mondial Assistance France organise et prend en charge**, après avis de son médecin :

Le transport sanitaire ou le rapatriement du bénéficiaire vers le centre hospitalier le mieux adapté (soit dans le pays, soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés (avion sanitaire, avion de ligne régulière, train, bateau, ambulance). Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du bénéficiaire le permet. Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile du bénéficiaire. Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du bénéficiaire. Les médecins de Mondial Assistance France se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du bénéficiaire, afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé.

Le rapatriement du bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

Si le bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le service médical de Mondial Assistance France, il décharge Mondial Assistance France de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perd tout droit à prestation de Mondial Assistance France.

76.3 Frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation engagés à l'étranger

Lorsque le bénéficiaire malade ou accidenté à l'étranger a engagé des frais médicaux ou n'est pas en mesure de régler sur place les sommes qui lui sont réclamées pour les soins reçus à la suite d'un événement couvert par la présente convention d'assistance, **Mondial Assistance France propose** :

76.3.1 L'avance des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger

Mondial Assistance France fait l'avance du paiement des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger directement auprès de l'établissement de soin où le bénéficiaire a été admis, dans la limite de 10 000 € TTC. Les factures sont alors adressées à Mondial Assistance France qui en assure le règlement.

Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire ou un de ses proches dépose, au moment de la demande, auprès de Mondial Assistance France ou de l'un de ses correspondants désigné, un chèque de paiement du montant à garantir.

Le chèque de garantie est encaissé par Mondial Assistance France au plus tôt 2 (deux) mois après la date à laquelle l'avance a été faite. Au cas où le montant du chèque de garantie serait supérieur au montant réel des frais, Mondial Assistance France s'engage à reverser à l'émetteur la différence entre son chèque de garantie et la facture réglée dans le mois qui suit le règlement de celle-ci.

76.3.2 Le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation engagés à l'étranger

La prise en charge ou les remboursements effectués par Mondial Assistance France ne peuvent être inférieurs à 15 € TTC et sont limités à 4 000 € TTC par événement couvert par la présente convention d'assistance. Le remboursement des soins dentaires est quant à lui limité à 45 € TTC.

La prise en charge ou les remboursements de Mondial Assistance France viennent en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire ou ses ayants droit auprès des organismes de Sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le bénéficiaire est affilié.

Les demandes de prise en charge complémentaire doivent obligatoirement être accompagnées des décomptes originaux des remboursements obtenus auprès des organismes d'assurance maladie.



Ne donnent pas lieu à prise en charge ou remboursement complémentaire :

- **Les frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres,**
- **Les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements d’Outre-Mer, qu’ils soient consécutifs ou non à un accident ou une maladie survenu en France ou à l’étranger,**
- **Les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos.**

Afin de bénéficier du remboursement des frais avancés par le bénéficiaire avec l’accord de Mondial Assistance France, le bénéficiaire doit communiquer à Mondial Assistance France, tous les justificatifs (documents originaux) permettant d’établir le bien fondé de la demande, par courrier à l’adresse suivante :

Mondial Assistance France – Service Relation Clientèle – 2 rue Fragonard - 75017 Paris

Les prestations qui n’ont pas été demandées préalablement et qui n’ont pas été organisées par Mondial Assistance France, ne donnent pas droit à remboursement.

Article 77 – Assistance en cas de décès en voyage en France ou à l’étranger

Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- Le transport du corps depuis le lieu du décès jusqu’au lieu d’inhumation en France métropolitaine.
- Les frais annexes nécessaires à ce transport y compris le coût d’un cercueil de modèle simple, dans la limite de 700 € TTC.
- La présence sur place d’un membre de la famille : un voyage aller et retour d’un membre de la famille ou d’un proche au départ de France métropolitaine, uniquement si des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place du bénéficiaire voyageant seul.
- Le séjour à l’hôtel du membre de la famille désigné au paragraphe « Présence sur place d’un membre de la famille », dans la limite de 350 € TTC par séjour.

Les frais d’accessoires de cérémonie, d’inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille.

Article 78 – Service d’information de mise en relation avec des prestataires de Services à la personne

En complément des prestations accordées dans le cadre de la présente convention, le bénéficiaire peut accéder à de la mise en relation avec un réseau de prestataires agréés, visant à accompagner celui-ci dans la recherche de solutions de vie quotidienne.

L’objectif de ce service est :

- de délivrer de l’information sur les services à la personne,
- de mettre en relation le demandeur avec un prestataire référencé par Mondial Assistance France.

Suite à une demande de mise en relation auprès de la plateforme de service, le bénéficiaire choisit ou non d’établir un contrat avec le prestataire avec lequel il a été mis en relation et se charge de lui régler directement les coûts relatifs à la réalisation des prestations.



Les prestations décrites dans le tableau suivant sont éligibles au dispositif fiscal relatif aux services à la personne.

Famille de services	Services	Public	Description de la prestation
Maison et cadre de vie			
	Petit jardinage	Tous	Travaux d'entretien courant du jardin : taille des haies et des arbres (moins de 2 m), tonte de la pelouse, désherbage, débroussaillage y compris l'enlèvement des déchets,...
			Sont exclus : <ul style="list-style-type: none"> – les travaux « forestiers » (récolte du bois, reboisement...), – le traitement des arbres contre les maladies...
	Entretien de la maison	Tous	Travaux d'entretien courant du domicile : ménage, repassage, vaisselle, entretien du linge,...
			Mais aussi sur demande : préparation des repas, portage de linge au pressing, livraison de courses de proximité et en petites quantités à condition que ces prestations soient comprises dans une offre de service comprenant un ensemble d'activités réalisées au domicile. Sont exclus : <ul style="list-style-type: none"> – le nettoyage des vitres de grande hauteur (au-delà d'une hauteur d'homme), – travaux de type shampooinage des moquettes ou des tapis qui nécessitent un matériel spécifique.
	Petit Bricolage	Tous	Travaux dits de petit bricolage réalisables par un « Homme de toutes mains » : travaux d'installation (monter un meuble en kit, poser une tringle à rideau, décrocher un lustre,...), électricité (poser un interrupteur, installer un tableau à fusibles,...), serrurerie (poser une poignée, réparer une charnière,...).
			Mais aussi des travaux ménagers : qui ne peuvent être réalisés par une aide ménagère car exigent des manipulations « lourdes » : installer un lustre, déplacer des meubles, accéder à des zones difficiles. Sont exclus : <ul style="list-style-type: none"> – tous les travaux qui exigent l'intervention d'un professionnel/artisan.
	Préparation des repas	Tous	Préparation de repas, réalisation des commissions Cette prestation est réalisée par du personnel de maison en mesure de préparer des repas simples. Les intervenants ne sont pas des cuisiniers ou des chefs à domicile.
Personnes âgées et fragilisées			
	Assistance administrative à domicile	Tous	Assistance administrative : <ul style="list-style-type: none"> – aide au remplissage de documents divers dont formulaires sociaux, – appels téléphoniques pour le compte de la personne, rédaction du courrier, – aide à la gestion des factures, vérification des commandes, tri du courrier, classement des papiers administratifs. Sont exclus : <ul style="list-style-type: none"> – l'assistance juridique, conseil pour indépendants, secrétariat, conseils financiers, conseil fiscal.
	Garde malade adultes	Adultes	Garde malade à domicile Sont exclus : <ul style="list-style-type: none"> – les soins médicaux.
	Aide à la mobilité	Tous les publics fragiles : handicapés ou âgés	Mise à disposition d'un chauffeur et d'un véhicule adapté au niveau de mobilité du bénéficiaire et de son équipement (fauteuil roulant, béquilles,...).



Dispositions applicables à toutes les garanties assistance

Article 79 – Dispositions Générales

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par Allianz sont mises en œuvre par Mondial Assistance France - société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Paris - Siège social : 54 rue de Londres 75008 Paris - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669.

Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence. Mondial Assistance France ne peut en aucun cas s'y substituer.

Mondial Assistance France ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle. Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir à Mondial Assistance France, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tous actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

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

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance France a été prévenue et a donné son accord exprès. Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance France aurait engagés pour organiser le service.

79.1 Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

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

Les informations fournies par Mondial Assistance France sont des renseignements à caractère documentaire.

Mondial Assistance France s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours. La responsabilité de Mondial Assistance France ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui auront été communiqués. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance France s'engage alors à répondre dans un délai de 2 (deux) jours ouvrés.

79.2 Conditions applicables à l'ensemble des services d'assistance

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

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

Les prestations d'assistance doivent être mises en place dans un délai de 30 jours maximum suivant l'hospitalisation ou pendant l'immobilisation.

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

La prestation « garde au domicile du bénéficiaire de moins de 15 ans » n'est pas ouverte pendant les congés légaux du ou des parents et de la nourrice employée et déclarée.

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



79.3 Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical

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

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

En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie.

Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne.

Mondial Assistance France ne saurait être tenue pour responsable d'un retard ou d'un empêchement dans l'exécution de prestations « rapatriement ou transport » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.

Si le bénéficiaire, ou son représentant légal si le bénéficiaire est mineur, refuse de suivre les décisions prises par le médecin de Mondial Assistance France, il décharge expressément Mondial Assistance France de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perd droit à toute prestation de Mondial Assistance France.

Les rapatriements ou transports sanitaires, décidés par un médecin de Mondial Assistance France, s'effectuent par avion de ligne régulière. Les rapatriements ou transports sanitaires peuvent, à titre exceptionnel, s'effectuer par avion privé spécialement affrété par Mondial Assistance France et uniquement sur décision du médecin de Mondial Assistance France. Dans ce cas, les rapatriements ou transports sanitaires ne s'effectuent qu'au départ des pays suivants :

France métropolitaine (y compris Corse), Andorre, Monaco, Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark (hors Groenland), Espagne continentale, Baléares, Royaume-Uni, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal continental, République San Marin, Suisse, Albanie, Biélorussie, Bulgarie, Bosnie Herzégovine, Canaries, Chypre, Croatie, Finlande, Georgie, Grèce, Hongrie, Islande, Israël, Macédoine, Madère, Malte, Maroc, Moldavie, Norvège, Pays Baltes, Pologne, Serbie, Monténégro, Slovaquie, Tchéquie, Roumanie, Russie (partie européenne), Slovénie, Suède, Tunisie, Turquie, Ukraine, et Vatican.

79.4 Conditions applicables à la mise en relation et responsabilité dans le cadre du « Service d'information et de mise en relation avec des prestataires de Services à la Personne » des garanties Assistance Plus

Si le bénéficiaire établit un contrat avec le prestataire, le coût de la prestation fournie par le prestataire reste à la charge du bénéficiaire, qui règle directement ces frais, au regard du contrat qui le lie au prestataire. Mondial Assistance France met exclusivement en relation un bénéficiaire avec des prestataires agréés de son réseau. Les prestations commandées par le bénéficiaire au prestataire seront exécutées sous la seule responsabilité de ce dernier.

Mondial Assistance France n'est pas responsable, à l'égard du bénéficiaire et des tiers :

- de toute faute dans le cadre de la préparation, la mise en place et l'exécution des prestations par le prestataire
- des dommages tant matériels que corporels causés par le prestataire au bénéficiaire ou à ses biens.

Mondial Assistance France ne saurait être tenue pour responsable d'un éventuel fait illicite ou de préjudice de quelque nature que ce soit qu'un bénéficiaire pourrait subir du fait d'un prestataire, ou qu'un prestataire pourrait subir du fait du bénéficiaire. En conséquence, le bénéficiaire renonce à tout recours à l'encontre de Mondial Assistance France.

Article 80 – Protection des données personnelles

Des données sont collectées pour permettre l'exécution et la gestion de la mise en relation. Elles peuvent être communiquées par Mondial Assistance France aux prestataires avec lesquels le bénéficiaire est mis en relation.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement des données qui le concernent.

Il peut exercer ces droits en écrivant à l'adresse suivante :

Mondial Assistance France SAS – Pôle Banques et Assurances – 2 rue Fragonard – 75807 Paris Cedex 17.



Article 81 – Exclusions Générales

1 Sont exclus :

- les demandes non justifiées,
- les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées,
- les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat,
- les maladies chroniques psychiques,
- les maladies psychologiques antérieurement avérées/constituées ou en cours de traitement,
- les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées,
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
- les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, et de l'absorption d'alcool,
- les conséquences de tentative de suicide,
- les conséquences :
 - 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 neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents.

qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire,

- les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche,
- la plongée sous marine si le bénéficiaire ne pratique pas ce sport dans une structure adaptée et reconnue par la CMAS (Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques) et si en cas d'accident, le bénéficiaire n'a pas été pris en charge par un centre de traitement hyperbare (Mondial Assistance France n'intervient qu'après cette première prise en charge pour organiser l'assistance médicale),
- les phobies scolaires.

2 Ne donnent pas lieu à prise en charge :

- les frais de secours d'urgence, les frais de recherche, les frais de transports primaires, à l'exception des frais d'évacuation sur piste de ski à concurrence de 230 € TTC,
- les frais de prothèse internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres, les frais engagés en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer, qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus en France ou à l'étranger,
- les frais de cure thermique et de séjour en maison de repos, les frais de rééducation.



4. Le fonctionnement de votre contrat

La nature juridique de votre contrat

Le présent document constitue votre Notice d'information prévue à l'article L 141-4 du Code des assurances.

Seules les personnes étant affiliées à un régime obligatoire de Sécurité sociale français légalement obligatoire et membre de l'Association de Prévoyance Santé (ADPS) peuvent adhérer aux garanties de la gamme soins.

Si vous êtes travailleur indépendant, artisan, commerçant ou profession libérale, souhaitant bénéficier du dispositif fiscal de l'article 154 bis du Code général des impôts réservé aux Travailleurs Non Salariés Non Agricole, l'adhésion interviendra dans le cadre du contrat collectif n° 01 éligible au dispositif fiscal cité précédemment.

Vous devez en outre être à jour du paiement de vos cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

Les déclarations

Article 82 – À l'adhésion

Afin de nous permettre d'apprécier les risques à prendre en charge pour toutes les personnes couvertes par le contrat, vous devez remplir avec exactitude la demande d'adhésion au présent contrat.

Article 83 – En cours de contrat

Vous devez nous déclarer pour toutes les personnes couvertes par le contrat :

- un changement de domicile,
- une modification de la composition de la famille, notamment naissance, mariage, décès,
- un changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
- un changement de catégorie socioprofessionnelle,
- un séjour à l'étranger de plus d'un mois.

Ces déclarations doivent nous parvenir, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent votre connaissance de l'un de ces événements. **Si l'absence ou le retard de déclaration nous cause un préjudice, nous pourrions invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder aux indemnisations prévues (article L. 113-2 du Code des assurances).**

En cas d'aggravation de risque, liée à l'un de ces événements et indépendante de votre état de santé, nous vous proposons soit une augmentation de cotisation, soit la résiliation de votre contrat.

En cas de diminution de risque, nous vous proposons une diminution de votre cotisation.

Article 84 – Les conséquences d'une fausse déclaration

Toute omission ou inexactitude dans les déclarations à l'adhésion ou en cours de contrat entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances.

Si l'omission ou l'inexactitude est intentionnelle, nous pourrions, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances, invoquer la nullité du contrat et conserver les cotisations versées au titre de dommages et intérêts.

Si l'omission ou l'inexactitude n'est pas intentionnelle (article L 113-9 du Code des assurances) :

- après un sinistre, les prestations sont réduites en proportion des cotisations payées par rapport à celles qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés,
- avant la réalisation du sinistre, nous pouvons soit maintenir le contrat en cours, moyennant une augmentation de cotisation, soit résilier le contrat.



Les cotisations

Article 85 – Le mode de fixation des cotisations

A l'adhésion et en cas de modification en cours de contrat, la cotisation est fonction de l'âge de l'assuré à la date d'effet de la garantie, du choix de la formule et du nombre de personnes assurées sur le contrat.

Toute taxe (ou modification de taxe) devenant applicable au contrat sera automatiquement répercutée sur les cotisations d'assurance à la date de son entrée en vigueur.

Article 86 – Le paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation indiquée dans votre contrat est annuelle et payable à l'avance. Cependant, vous pouvez bénéficier d'un paiement fractionné de cette cotisation. Le règlement s'effectue au plus tard dans les dix jours suivant la ou les échéances indiquées dans votre certificat d'adhésion.

À défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les dix jours de son échéance, vos garanties sont suspendues trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure (article L 113-3 du Code des assurances).

Cette suspension de garantie :

- ne nous empêche pas de poursuivre en justice le recouvrement de la cotisation due,
- nous autorise à résilier votre contrat dix jours après le début de la suspension si, dans ce délai, la cotisation due n'a toujours pas été payée,
- vous fait perdre ainsi qu'aux autres personnes assurées, le droit aux prestations de votre contrat, même si la cotisation impayée est ultérieurement réglée, en ce qui concerne :
 - les dépenses occasionnées par des soins reçus pendant la période de suspension,
 - l'allocation forfaitaire pour les hospitalisations ayant débuté pendant la période de suspension.

En cas de fractionnement de la prime annuelle, la suspension intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. Le contrat non résilié reprend ses effets, pour l'avenir, à midi le lendemain du jour où la cotisation ou fraction de la cotisation a été réglée.

Article 87 – L'évolution des cotisations

Vos cotisations évoluent selon des critères contractuels (âge, indexation). Elles pourront être également modifiées afin de prendre en compte les motifs d'ordre technique.

Article 88 – Les conséquences d'une modification réglementaire ou de la couverture de votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité (Garantie Soins uniquement)

Tel que mentionné à l'article L 141-4 du Code des assurances, vos garanties et/ou cotisations peuvent faire l'objet de modifications, celles-ci vous seront notifiées par l'Association de Prévoyance Santé (ADPS). En cas de désaccord, vous avez la possibilité de demander la dénonciation de votre adhésion dans le délai et les conditions indiqués dans la notification.

Toute modification législative ou réglementaire provoquant une variation des dépenses de soins prises en charge par votre régime obligatoire peut entraîner :

- soit le maintien de votre niveau de remboursement global (cumul des remboursements de votre régime obligatoire et de votre assurance complémentaire) en contrepartie d'une révision de votre cotisation,
- soit le maintien de votre cotisation en contrepartie d'une révision de votre niveau de remboursement.



Tableau récapitulatif de l'évolution des cotisations

	Garanties Soins	Garanties Hospitalières	Date d'effet
Âge de l'assuré Les cotisations augmentent aux âges suivants :	Tous les ans à partir du 18 ^e anniversaire	Tous les ans à partir du 18 ^e anniversaire	L'échéance principale
Indexation Les cotisations et les prestations des garanties augmentent tous les ans du taux indiqué ci-contre. Toutefois, nous pourrions éventuellement augmenter ce taux en fonction de l'évolution du point de retraite A.G.I.R.C.	Non	2 %	L'échéance principale
Résultats techniques Chaque année, les cotisations sont révisées en fonction des résultats techniques constatés et de l'évolution prévisible des remboursements complémentaires de frais de soins. Cette révision s'applique à l'ensemble des contrats ou bien à une catégorie de contrats. L'état de santé de l'assuré au moment de cette révision n'est aucunement pris en compte, conformément à la loi n° 89-1009 du 31/12/89.	Oui	Oui	L'échéance principale
Modification de la couverture de votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité Les cotisations peuvent être révisées en contrepartie du maintien de votre niveau de remboursement global (cumul des remboursements de votre régime obligatoire et de votre assurance complémentaire).	Oui	Non	La date indiquée sur la notification
Modification réglementaire Les cotisations peuvent être révisées selon l'impact des modifications législatives ou réglementaires.	Oui	Oui	La date indiquée sur la notification
Dans tous les cas, la modification vous sera notifiée et, en cas de désaccord, vous avez la possibilité de demander la résiliation de vos garanties dans le délai et conditions indiqués dans la notification.			

Le règlement des prestations

Article 89 – La confidentialité médicale et les mentions CNIL (Loi Informatique et Libertés)

Les Informations médicales recueillies directement ou indirectement (notamment feuilles de soins, demandes de prises en charges établies par les établissements hospitaliers publics ou privés, flux informatiques télétransmis par les professionnels de santé que vous consultez, courriers et ou certificats médicaux que vous adressez au Service Médical d'Allianz ou au Médecin Conseil) font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de votre dossier par le Service Médical d'Allianz.

De même, les informations soumises au respect du secret professionnel (notamment les décomptes établis par votre Régime Obligatoire ou flux informatiques télétransmis par ce même régime, les demandes de prises en charges établies par les établissements hospitaliers publics ou privés), font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destinés à la gestion de votre dossier par les Services Administratifs d'Allianz.

La signature de votre contrat vaut acceptation tacite de votre part pour la transmission :

- au Service Médical d'Allianz, dans le respect du secret médical, de l'ensemble des données soumises au respect du secret médical qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.
- aux services administratifs d'Allianz, dans le respect du secret professionnel, de l'ensemble des données comportant des renseignements soumis au respect du secret professionnel (y compris ceux qui nous parviendraient directement par les organismes gérant votre Régime Obligatoire, ainsi que par les organismes de soins ou professionnels de santé), qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6/01/78 telle que modifiée par la loi du 06/08/04, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant soit en adressant un mail à l'adresse informatiqueetliberte@allianz.fr, soit en adressant un courrier auprès de : Allianz – Informatiques et libertés – Case courrier 1503 – 20, place de Seine – 92086 La Défense Cedex.



Article 90 – La déclaration de sinistre

Vous devez déclarer le sinistre dans les meilleurs délais pour la Garantie Soins.

Sauf cas de force majeure, tout événement susceptible de mettre en jeu la Garantie Hospitalière doit nous être déclaré dans les 8 jours ouvrés à compter de sa survenance. **À défaut nous pourrions invoquer la déchéance de garantie prévue à l'article L 113-2 du Code des assurances si nous apportons la preuve que la déclaration tardive nous a causé un préjudice.**

Dans les mêmes délais, vous devez adresser, sous enveloppe avec mention « Secret Médical », à l'attention du service médical de votre Centre de Service Clients, les documents suivants :

- **Pour la Garantie Soins :**

- en cas de soins remboursés par votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité :
 - l'original des décomptes de votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité si votre caisse du régime obligatoire ne nous les télétransmet pas ; en cas de télétransmission, votre caisse du régime obligatoire vous en informe par un message figurant sur le décompte de remboursement,
 - les factures détaillées pour nous permettre de connaître le montant des dépenses engagées le cas échéant.
- en cas de soins non remboursés par votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité :
 - les factures détaillées,
 - la notification de refus émanant de votre régime de base pour les soins soumis à entente préalable,
 - la prescription médicale.

Conformément à l'Article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toutes natures auxquels vous avez droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L 861-3 du code de la Sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date d'adhésion. Dans cette limite, vous pouvez obtenir le remboursement en vous adressant à l'organisme de votre choix.

- **Pour la Garantie Hospitalière :**

- tout document jugé utile pour l'appréciation de votre demande d'indemnisation,
- un procès-verbal de police ou de gendarmerie, relatant les circonstances de l'événement en cas d'accident de la circulation.
- le bulletin de situation ou d'hospitalisation comprenant la discipline médico-tarifaire (DMT), ou un double de la facture d'hospitalisation,
- un certificat médical indiquant le motif de l'hospitalisation,
- un procès-verbal de police ou de gendarmerie, ou un dépôt de plainte non suivi d'un retrait, relatant les circonstances de l'événement en cas d'hospitalisation suite à une agression pour la Garantie Hospitalière « Plus ».

À défaut de transmission des documents, les prestations ne pourront pas être versées.

Article 91 – Les compléments d'information

Notre médecin-conseil peut être amené, à tout moment, à compléter son information en vous demandant :

- de renseigner un questionnaire médical,
- de lui adresser des documents médicaux spécifiques,
- de vous soumettre à un examen médical.

Le Centre de Service Clients peut également être amené à vous demander tout document lui permettant d'apprécier le droit à indemnisation.

En cas de refus de vous soumettre à un examen médical ou de transmettre les documents demandés, le versement des prestations sera suspendu.



Article 92 – En cas de désaccord

Nous pouvons refuser, pour une raison d'ordre médical, de vous accorder tout ou partie des prestations que vous demandez. Cette décision vous est communiquée par lettre recommandée.

a L'expertise amiable

Si vous contestez cette décision, vous avez la possibilité de demander une expertise amiable sous deux conditions :

- que votre demande soit effectuée dans les deux mois qui suivent notre refus d'indemnisation,
- que notre refus ne soit pas motivé par une fausse déclaration.

Le choix du médecin expert se fait :

- soit d'un commun accord entre vous et notre médecin-conseil, à partir d'une liste d'experts près les tribunaux,
- soit par le tribunal de votre lieu de résidence.

Les honoraires et frais relatifs à cette expertise sont :

- partagés par moitié entre vous et nous pour le médecin expert,
- à votre charge pour le médecin de votre choix si vous souhaitez être assisté au cours de cette expertise.

b Les autres voies de réclamation possibles

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel d'Allianz France.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation par simple lettre ou courriel à l'adresse suivante :

Allianz - Relations Clients - Case Courrier BS - 20, place de Seine - 92086 Paris La Défense Cedex.

Courriel : clients@allianz.fr

Allianz France adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif, vous avez la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au **Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances** dont les coordonnées postales sont les suivantes :

BP 290 – 75425 Paris Cedex 09,

et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

La durée, la modification et la résiliation de votre contrat

Article 93 – La durée de votre contrat

Votre contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction à chaque échéance principale.

La date d'effet est précisée sur votre certificat d'adhésion au présent contrat.

Nous nous engageons à :

- ne jamais le résilier* sauf application de L 113.9 du Code des assurances en cas de fausse déclaration non intentionnelle et en cas de non-paiement de cotisation.

Article 94 – La modification des garanties de votre contrat

Vous avez, à tout moment, la possibilité de nous demander la modification des garanties de votre contrat ; il vous suffit de nous fournir les éléments nécessaires à sa prise en compte. La garantie soins choisie doit correspondre à un des profils Enfant, Adulte ou Senior, fonction de l'âge de l'assuré, au moment de la demande de modification. Des limitations de garanties pourront être appliquées en fonction du niveau de prestations de la garantie d'origine et celui de la nouvelle garantie.

La date d'effet du changement de garantie se fait à la date souhaitée sous réserve que le contrat ait au moins un an. En outre, pour la garantie soins, l'intervalle entre deux changements de garantie sur le contrat doit être d'une année minimum. La modification de garanties entraîne la modification de la cotisation.

* sauf en cas d'atteinte de l'âge limite de garanties pour la garantie hospitalière



Article 95 – Le changement de catégorie socioprofessionnelle

Dans le cas d'un changement de catégorie socioprofessionnelle, vous devez nous fournir les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

Article 96 – La résiliation de votre contrat

Qui peut résilier et dans quel cas ?	Que faut-il faire et à quel moment ?	Quant la résiliation prend-elle effet ?
Vous pouvez résilier votre contrat Chaque année	Vous nous envoyez une lettre recommandée deux mois avant l'échéance principale ⁽¹⁾	A l'échéance principale
Nous pouvons résilier votre contrat Si vous n'avez pas réglé une partie ou la totalité de votre cotisation	Nous vous envoyons une lettre recommandée de mise en demeure dix jours après la date limite de règlement de la cotisation	Quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure ⁽¹⁾
Si vous avez effectué une omission ou une inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat	Nous vous envoyons une lettre recommandée	Article L 113-9 : dix jours après l'envoi de la lettre recommandée ⁽¹⁾
Si vous avez commis une fraude ou une tentative de fraude à l'occasion d'un sinistre	Nous vous envoyons une lettre recommandée	Dix jours après l'envoi de la lettre recommandée par nos services ⁽¹⁾
Si vous n'acceptez pas les nouvelles conditions tarifaires proposées en cas d'aggravation de risque, indépendante de votre état de santé		Trente jours après la réception de notre proposition de modification ⁽¹⁾
La résiliation de votre contrat est automatique Lorsque vous atteignez l'âge limite de garantie indiqué dans vos Dispositions Générales pour la GH Lorsque vous quittez, pour une période supérieure à un an : – la France métropolitaine ou les DOM pour la Garantie Soins – la France métropolitaine pour la GH		Pour la GH, à la date anniversaire indiquée dans le présent document – Garantie Soins : dès que vous ne bénéficiez plus du régime obligatoire français – GH : à la date de votre départ

(1) la date du cachet de la poste faisant foi

Article 97 – Les conséquences de la résiliation

	Vous recevez des prestations pour :	Vous ne recevez pas de prestations pour :
Garantie Soins	Les soins effectués avant la résiliation de votre garantie, même si la demande de remboursement est effectuée après la résiliation.	Les soins effectués après la résiliation de votre garantie y compris ceux liés à une hospitalisation ayant débuté avant la résiliation, quand bien même ils peuvent être rattachés à une maladie ou un accident antérieurs à la résiliation.
Garantie Hospitalière	Les hospitalisations qui ont débuté avant la résiliation de votre garantie, y compris pour les journées d'hospitalisation qui se situent au delà de cette date. Toutefois l'indemnisation se fait dans la limite de versement prévue au paragraphe « le versement de l'allocation forfaitaire est-il limité dans le temps ». Paragraphe 5 de la partie « Votre Garantie Hospitalière ».	Les hospitalisations qui ont débuté après la résiliation de votre garantie.



Article 98 – L’adhésion au contrat

L’adhésion au contrat peut s’effectuer soit en face à face avec un Conseiller, soit à distance par l’utilisation d’une ou plusieurs techniques de communication à distance (téléphone, internet, courrier).

En cas d’adhésion à distance, l’ordonnance du 6 Juin 2005 et les articles L. 112-2-1 et R. 112-4 du Code des assurances vous sont applicables. Les informations ci-dessous concernent l’adhérent, personne physique domiciliée fiscalement en France, qui adhère au contrat à des fins qui n’entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, par voie de vente à distance.

Constitue une fourniture d’opération d’assurance à distance, telle que définie par l’article L.112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d’opérations d’assurance auprès d’un adhérent, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d’un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l’assureur ou l’intermédiaire d’assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu’à, y compris, la conclusion de l’adhésion.

Il est précisé que les règles applicables en matière de vente à distance ne s’appliquent que lors de l’adhésion au contrat et pour les adhésions se prorogeant tacitement chaque année.

Conformément à ces dispositions et aux informations qui vous ont été communiquées, il vous est précisé que :

- cette offre porte sur un contrat d’assurance Santé d’une durée de 1 an à compter de la date figurant sur votre Certificat d’adhésion. Il sera ensuite reconduit tacitement chaque année à la date d’échéance annuelle fixée. Le contrat est conclu entre vous et la Compagnie dès lors que vous l’aurez signé (électroniquement ou manuellement). Il peut être résilié par vous ou par la Compagnie selon les modalités et conditions prévues au contrat,
- le contrat, établi en langue française et régi par le Code des assurances, est souscrit auprès d’Allianz IARD, 87 rue de Richelieu - 75002 Paris, (SA au capital de 991 967 200 euros - 542 110 291 RCS), entreprise placée sous l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09. L’ensemble des documents qui seront échangés en cours d’exécution du contrat sera exprimé en langue française,
- la date de commencement d’exécution du contrat figure sur votre Certificat d’adhésion et correspond à la date de prise d’effet de vos garanties (sous réserve du paiement de votre cotisation),
- les garanties, limitations et exclusions ainsi que les modalités d’examen des réclamations éventuelles sont mentionnées dans le présent document concernant l’offre proposée,
- le montant de votre cotisation ainsi que les modalités de paiement de celle-ci figurent sur votre Certificat d’adhésion. En cas de prélèvement automatique, vous vous engagez à adresser à votre établissement bancaire dès la conclusion du contrat, un mandat SEPA régularisé et signé par vos soins. Ce document vous sera communiqué soit par e-mail soit par courrier,
- vous disposez d’un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus qui commencent à courir soit à compter du jour de la conclusion à distance du contrat, soit à compter du jour de la réception de votre Certificat d’adhésion si cette dernière date était postérieure à la date de conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Cependant, ce droit de renonciation ne s’applique pas, notamment aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse de l’adhérent/du souscripteur avant que ce dernier n’exerce son droit de renonciation,
- les contrats pour lesquels s’applique le droit de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d’exécution par les parties avant l’arrivée du terme de ce délai sans l’accord de l’adhérent. Dans le cas où vous avez demandé le commencement de l’exécution du contrat avant l’expiration du délai de renonciation, et que vous usez de votre droit à renonciation, vous devrez vous acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert,
- pour faciliter l’exercice de votre droit de renonciation, vous trouverez ci-après un modèle de lettre type. Cette lettre doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à l’adresse du Centre de Service Client Santé indiquée sur vos Dispositions particulières ou sur votre Certificat d’adhésion,

Modèle de lettre type renonciation :

« Je soussigné M _____, demeurant au _____, renonce à mon contrat N° _____ souscrit auprès d’Allianz IARD conformément à l’article L 112-2-1 du Code des assurances. »,

- les frais afférents aux techniques de communication à distance sont à votre charge. Ainsi, vous supportez les frais d’envois postaux, le coût des communications téléphoniques et le coût des connexions Internet qui ne pourront faire l’objet d’aucun remboursement.



La prescription

Aucune action ni réclamation concernant le contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription. La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L 114-1 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 :

- 1 En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance;
- 2 En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L 114-2 du Code des assurances

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription 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.

Article L 114-3 du Code des assurances

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.

Information complémentaire

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel « www.legifrance.gouv.fr ».

Article 2240 du Code civil

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

Article 2241 du Code civil

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Article 2244 du Code civil

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

Article 2245 du Code civil

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



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

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

Article 2246 du Code civil

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

La subrogation

Nous sommes subrogés dans vos droits et actions contre tout responsable pour le remboursement des prestations prévues au contrat.

L'autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de notre société est :

l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Service e-courrier

En communiquant à l'Assureur ou à son Conseiller, lors de l'adhésion ou postérieurement à celle-ci, son adresse de messagerie électronique, l'adhérent :

- est informé qu'il bénéficie du Service e-courrier dont les modalités sont décrites ci-après,
- accepte qu'elle soit utilisée par l'Assureur ou son Conseiller pour lui communiquer des courriers de gestion ou d'information afférents à l'adhésion conclue.

Le présent service est réservé :

à l'adhérent au présent contrat d'assurance, abonné à l'Espace Client du site internet www.allianz.fr, ci-après dénommé le Client

Définitions

Espace Client

Il désigne l'Espace Client « allianz.fr », sécurisé, accessible par le Client au moyen d'un identifiant personnel et d'un code confidentiel à partir du site internet www.allianz.fr, et proposant le Service.

Service

Il désigne la communication au Client, à la suite d'un message électronique d'alerte, de e-courriers accessibles dans son Espace Client au moyen de son identifiant personnel et de son code confidentiel. Selon la nature de l'adhésion conclue et le profil du Client, les fonctionnalités offertes dans le cadre du Service peuvent varier.

E-courriers

Ils désignent des courriers sous format électronique communiqués par Allianz au Client et accessibles à partir de son Espace Client, et relatifs à la gestion et au suivi de ses adhésions souscrits auprès d'Allianz par l'Association de Prévoyance Santé (ADPS). Le Client est informé que tous les courriers de gestion ou d'information afférents à cette adhésion ne sont pas éligibles au Service.

Accès et utilisation du service

Le Service est accessible depuis l'Espace Client, après identification au moyen d'un identifiant et d'un code confidentiel. L'utilisation concomitante de l'identifiant et du code confidentiel constitue la preuve de l'identité du Client. Toute connexion effectuée dans l'Espace Client et toute utilisation du Service réalisé par le biais de l'identifiant et du code confidentiel sont réputés être effectués par le Client, seul titulaire de ces codes confidentiels.

L'accès à l'Espace Client et son utilisation du Service supposent que le Client dispose d'une adresse de messagerie électronique ou d'un numéro de téléphone valide ainsi que de tous matériels et logiciels nécessaires à la navigation sur internet et à l'ouverture et la sauvegarde des e-courriers.

Il appartient au Client de vérifier régulièrement l'adresse de messagerie électronique et le(s) numéro(s) de téléphone figurant dans son Espace Client. En cas de modification de l'un ou l'autre, le Client doit procéder lui-même à cette modification dans son Espace Client.

En l'absence d'adresse électronique ou de numéro de téléphone valide, l'Assureur ne pourra en être tenu pour responsable. Toutes les conséquences directes ou indirectes résultant de l'utilisation par l'Assureur ou son Conseiller d'une adresse de messagerie électronique ou d'un numéro de téléphone erroné relève de la seule responsabilité du Client.



L'accès et l'utilisation de l'Espace Client et du Service s'effectuent sous les seuls contrôles, risques et responsabilités du Client.

Les e-courriers sont communiqués au Client dans son Espace Client. Ce Service donne alors la possibilité au Client de télécharger, sauvegarder, imprimer ses e-courriers.

Afin de permettre au Client d'être informé de la communication de ses e-courriers dans son Espace Client, il est convenu entre les Parties que l'Assureur ou son Conseiller puisse lui adresser un courrier électronique d'alerte sur son adresse de messagerie électronique ou un SMS sur l'un de ses numéros de téléphone ou une alerte via tout autre moyen de communication électronique, ce que le Client accepte.

Durée et résiliation

Le Service est à durée indéterminée.

Le Client est informé qu'il peut à tout moment, dans son Espace Client, résilier le Service.

Le Client est informé que les e-courriers jusque-là communiqués dans son Espace Client resteront accessibles pendant un délai minimum de trois ans. Toutefois, ce délai est ramené à 6 mois à compter de la résiliation du dernier contrat/adhésion d'assurance en cours et actif dans l'Espace Client selon les modalités précisées ci-dessous.

La résiliation du Service à l'initiative du Client prend effet au plus tard sept jours après celle-ci et implique un retour automatique à l'envoi des documents papier.

Le Client conserve la possibilité d'accéder à nouveau et à tout moment au Service s'il le souhaite, hormis dans le cas où il n'existe plus de contrat [adhésion] en cours et actif dans son Espace Client.

De même, la résiliation [la fin] de l'un des contrats d'assurances [de l'une des adhésions] à l'initiative de l'une ou l'autre des Parties met fin au Service et entraîne les conséquences telles que décrites ci-dessus.

L'attention du Client est attirée sur la nécessité, si cela n'a pas déjà été fait au préalable, de télécharger, sauvegarder ou imprimer à sa convenance, au moment de la résiliation [la fin] du Service ou de l'un des contrats d'assurances [de l'une des adhésions], tous les e-courriers jusque-là accessibles via son Espace Client.

La résiliation [La fin du contrat/adhésion] entre les Parties du dernier contrat/adhésion d'assurance en cours et actif dans l'Espace Client, met fin au Service et entraîne les conséquences suivantes :

- les éventuels courriers postérieurs à la résiliation du dernier contrat/adhésion d'assurance [la fin du contrat/adhésion] pour lesquels il bénéficiait du Service, seront adressés au Client sous format papier,
- les e-courriers jusque-là stockés dans son Espace Client au titre de tous les contrats d'assurance qui avaient été souscrits entre les Parties, resteront accessibles pendant un délai de six mois après la résiliation [la fin] effective du dernier contrat/adhésion.

Cet accès à ses e-courriers pendant ce délai de 6 mois pourra uniquement être effectué par le Client, via un lien hypertexte contenu dans un e-mail d'alerte qui lui sera adressé lors de la résiliation [la fin] effective du dernier contrat/adhésion.

Passé ce délai, la destruction de l'Espace Client par Allianz, ne permettra plus au Client d'accéder à ses e-courriers.

Convention de preuve

En raison des limites de confidentialité des e-mails et de leurs pièces jointes, les Parties conviennent que toute communication d'informations contenues dans les e-courriers relatifs à la gestion et au suivi des contrats/adhésions souscrits auprès d'Allianz, s'effectuera via l'Espace Client dont l'objectif est de garantir la sécurisation et la confidentialité de leur contenu transmis au Client.

Le Client est informé que des informations lui ont été communiquées par e-courriers et sont disponibles dans son Espace Client par des alertes effectuées par message électronique dans les conditions prévues à l'article « Accès et utilisation du Service » ci-dessus. A ce titre, le Client accepte ce mode de transmission et reconnaît qu'il constitue en droit et en fait communication et remise desdites informations.

Lorsque ces e-courriers font courir un délai pour l'exercice d'un droit ou d'une faculté au profit ou à l'encontre du Client, les Parties conviennent que le point de départ de ce délai est la date à laquelle l'e-courrier est accessible via l'Espace Client et dont le Client a été informé dans les conditions prévues à l'article « Accès et utilisation du Service » ci-dessus. Cette date figure dans l'Espace Client en lien avec l'e-courrier en question.

Les Parties conviennent que les e-courriers accessibles via l'Espace Client ont quant à leur existence et leur contenu la même valeur probante qu'un courrier papier. Le Client dispose en tout état de cause du droit d'administrer la preuve contraire.

Les Parties sont susceptibles de produire les e-courriers, en tant que preuve en cas de litiges, y compris dans ceux qui les opposent.

Stockage des e-courriers

Le Client est informé que les e-courriers sont stockés dans les systèmes informatiques hébergés auprès d'Allianz Informatique - GIE - 87 rue de Richelieu - 75002 Paris - N° 723 000 642 RCS Paris.



Pour de plus amples renseignements, votre interlocuteur Allianz est à votre disposition.



Allianz IARD

Entreprise régie par le Code des assurances.
Société anonyme au capital de 991 967 200 euros.
Siège social : 87, rue de Richelieu - 75002 Paris.
542 110 291 RCS Paris.

www.allianz.fr



Mondial Assistance France

Société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros. 490 381 753 RCS Paris
Siège social : 54, rue de Londres - 75008 Paris
Société de courtage en assurances - Inscription ORIAS 07 026 669.

www.mondial-assistance.fr



Association de Prévoyance Santé

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901,
déclarée à la Préfecture des Hauts de Seine sous le numéro W922002348
Siège social : Tour Neptune - 20, Place de Seine - La Défense 1 - CC 0804 - 92400 Courbevoie

www.adps-sante.fr

