



BellaVita Santé

Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative SOLLY AZAR ASSURANCES

Notice d'Information valant Conditions Générales

Réf SA BellaVita Santé - 09/07 - du contrat BellaVita Santé n° CT 1750029

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

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

SOLLY AZAR GESTION SANTÉ

44-50, avenue du Capitaine Glarner

93407 SAINT-OUEN CEDEX

Tél. 01 49 48 12 14 - Fax 01 40 11 11 41

Article 2 - Bénéficiaires

Bénéficiaire de la garantie du présent contrat l'Adhérent et la ou les personnes désignées au Certificat d'Adhésion en qualité d'Assuré(s).

Article 3 - Vos déclarations

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

Article 1 - Objet de l'assurance

Le contrat groupe CT 175 00 29, souscrit par Groupe Solly Azar, est ouvert aux membres du groupe défini dans votre Certificat d'Adhésion. Il garantit le remboursement de tout ou partie des dépenses médicales et chirurgicales consécutives à un accident ou une maladie, sous réserve des exclusions figurant à l'article 6 ci-après, dans la limite des montants indiqués au tableau des garanties inscrit au Certificat d'Adhésion.

Ce contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « responsables » (article 57 de la loi du 13 août 2004 et décret d'application du 29 septembre 2005). Il prend notamment en charge les actes de prévention. En cas d'évolutions législatives ou réglementaires touchant « les contrats responsables », il pourra faire l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique. Les assurés en seront informés préalablement.

a) A l'adhésion, chaque personne qui désire s'assurer procède aux déclarations qui sont reprises au Certificat d'Adhésion concernant son âge, son régime obligatoire, son département d'habitation. Ces déclarations permettent à l'Assureur d'évaluer correctement son engagement d'assurance et de percevoir une prime adaptée au risque garanti.

b) En cours d'adhésion, l'Adhérent doit déclarer à l'Assureur :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion, à l'exclusion des éléments relatifs à l'état de santé des assurés,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un régime obligatoire,
- le changement de domicile ou la fixation du domicile hors de France Métropolitaine,
- et, chaque nouvel Assuré doit procéder aux mêmes déclarations qui sont reprises au Certificat d'Adhésion.

Ces déclarations doivent être faites au plus tard dans les 15 jours qui suivent celui où l'Assuré en a eu connaissance.

MODIFICATION DE RISQUE EN COURS D'ADHESION

Si les éléments modifiés constituent une aggravation de risque, l'Assureur peut, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle prime qui, si elle est refusée, entraînera la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée moyennant préavis de 10 jours. Si les éléments modifiés constituent une diminution de risque, l'Assureur peut diminuer la prime en conséquence. A défaut, l'Assuré peut résilier l'adhésion.

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

Article 4 - Description des garanties

Le contrat garantit le remboursement des dépenses de santé médicalement prescrites à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité, suivant l'option de garantie choisie détaillée au tableau des garanties inscrit dans votre Certificat d'Adhésion.

4.1. Garantie du capital décès accidentel

En cas de décès à la suite d'un accident survenu postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion et dans les 12 mois qui suivent l'accident, l'assureur verse un capital dont le montant est indiqué au tableau des garanties selon l'option de garantie choisie. Par « accident », on entend toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'Adhérent, suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs, dus à des causes extérieures. **Ne sont pas considérées comme accidents les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale.**

Ne sont pas considérés comme « accidents » : les lombalgies, les sciatalgies, lumbagos, les cervicalgies, les affections dorso-vertébrales ainsi que les hernies.

Le capital est versé au conjoint survivant et non séparé de l'Adhérent, à défaut aux enfants nés ou à naître de l'Adhérent (vivants ou représentés), à défaut aux ascendants de l'Adhérent, à défaut aux héritiers de l'Adhérent.

4.2. Garantie des frais médicaux non pris en charge par le Régime Obligatoire :

Le contrat peut garantir, suivant l'option choisie, des actes médicaux non pris en charge par le Régime Obligatoire. Le montant des remboursements est alors limité à un plafond global par an et par bénéficiaire.

Cela concerne les actes des pédicures, podologues, diététiciens, homéopathes, acupuncteurs, ostéopathes, chiropracteurs ou étioopathes non remboursés par le Régime Obligatoire.

4.3. Garantie des consultations de neuropsychiatres, psychiatres et médecins assimilés :

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

4.4. Garantie des séjours en psychiatrie, sanatorium, préventorium, aérium, centre diététique ou médico-diététique, centre de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle, centre de gériatrie, de retraite, ainsi que les séjours dans les hospices de vieillards ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes, maison de repos ou de convalescence, institut médico-pédagogique et médico-psycho-pédagogique :

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

maximum global de 30 jours pour les autres séjours.

4.5. Garantie des cures thermales :

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

4.6. Garantie optique

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

Article 5 - Calcul et montant des garanties

Les prestations sont calculées et remboursées :

- soit suivant les modalités prévues par le calcul des prestations de la Sécurité Sociale française : Base de Remboursement (BR) en vigueur à la date des soins.
- soit dans la limite d'un forfait par an ou d'un forfait journalier.

Pour le renfort, les prestations sont exprimées pour chaque bénéficiaire sous forme de forfait maximum.

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

Pour les garanties exprimées en fonction des frais réels engagés, une demande d'entente préalable peut-être exigée si cela est mentionné au Certificat d'Adhésion.

L'entente devra alors être délivrée par le Médecin Conseil de la Compagnie. En cas de refus de sa part ou d'absence de demande de la part de l'assuré, les garanties seront limitées à un montant inscrit au Certificat d'Adhésion.

Article 6 - Exclusions

Les exclusions ne s'appliquent pas pour les prestations en nature prises en charge par le régime de base obligatoire à la suite d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident.

6.1. Générales

Conformément à l'article L871.1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application, les

garanties du présent contrat dit responsable ne couvrent pas :

- la contribution forfaitaire mentionnée à l'article L322.2 du Code de la Sécurité Sociale ;
- la majoration du ticket modérateur à la charge de l'assuré et de ses ayants droit liée à l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant ;
- les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non respect du parcours de soins, prévus à l'article L 162-5-18° du Code de la Sécurité Sociale.

Ne donnent pas lieu à indemnisation les accidents ou maladies et leurs suites qui résultent :

- de la pratique par l'Assuré de tout sport à titre professionnel, de la participation de l'Assuré à des paris ou tentatives de record ;
- d'un acte intentionnel de la part de l'Assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente ;
- de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'Assuré ;
- les frais engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion ;
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'Assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense) et, de sa participation active à des crimes, émeutes, attentats, actes de terrorisme ou de sabotage ou mouvements populaires ;
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

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

- L'Assureur ne garantit pas les frais engagés pour le séjour dans les établissements hélio-marins ou de thalassothérapie

6.3. Relatives aux hospitalisations et traitements suivants :

L'Assureur ne garantit pas :

- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de la Compagnie, indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'Assuré.
- tous frais non consécutifs à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique ;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- les interventions ayant pour but de remédier à des maladies ou infirmités congénitales, ainsi que leurs suites.

Article 7 - Formation et durée de l'adhésion

7.1. Date d'effet de l'adhésion

Les garanties prennent effet pour chaque Assuré, sous réserves de l'encaissement effectif de la première prime, de la signature du Certificat d'Adhésion et de l'article 7.2 ci-après, à compter de la date d'effet mentionnée au Certificat d'Adhésion. Il en est de même pour les avenants. La souscription du renfort est familiale. Il peut être choisi lors de la souscription de la formule principale ou rajouté ultérieurement.

Toute modification de garantie, à la hausse ou à la baisse, prend effet à l'échéance anniversaire, moyennant un préavis de 2 mois.

7.2. Délais d'attente

A compter de la date d'effet de l'adhésion, la garantie est acquise pour chaque Assuré :

- **Formules 1 et 2 avec ou sans renfort** : sans aucun délai d'attente sur toutes les garanties
- **Formules 3 et 4 avec ou sans renfort** : sans aucun délai d'attente sauf, sur le poste « frais d'hospitalisation » où le délai d'attente est de 3 mois en cas de maladie.

*En cas d'assurance antérieure : L'Assureur limite ses engagements, pour les sinistres survenant pendant ce délai d'attente, aux garanties « hospitalisation » acquises auprès de l'Assureur précédent sans pouvoir dépasser les garanties de la présente adhésion. A charge pour l'Assuré de

prouver la nature, l'étendue et la date de cessation des garanties et sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'interruption de garantie supérieure à TROIS mois.

*En cas d'augmentation des garanties dans le cadre des présentes formules : L'Assureur limite ses engagements, pour les sinistres survenant pendant ce délai d'attente, aux garanties « hospitalisation » acquises dans la précédente option.

7.3. Durée de l'adhésion et des garanties

L'adhésion est conclue pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties, dans les cas et selon les modalités fixées à l'article 11 ci-après.

A l'exception des cas visés aux articles L. 141-3, L. 113-9 et L. 326-12 du Code des Assurances, **l'adhésion est viagère dès sa date de prise d'effet.**

Article 8 - Paiement des primes

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

La prime, les accessoires et tous impôts et taxes sont payables d'avance.

Seront également à la charge de l'Adhérent tous impôts et taxes qui pourront être établis sur la prime postérieurement à l'adhésion. Sont également à la charge de l'Adhérent, les frais de poursuite et de recouvrement, dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.141-3 du Code des Assurances).

Lorsque l'Assureur accepte le paiement fractionné de la prime, il est formellement convenu que la prime de l'année entière d'assurance ou ce qui en reste dû, deviendra immédiatement exigible en cas de non-paiement d'une fraction de prime. Dans ce cas, les primes ultérieures seront obligatoirement payables annuellement. De plus, si l'Adhérent a opté pour le prélèvement des primes, il est entendu que ce prélèvement cessera dès qu'une prime ou une fraction de prime restera impayée.

A défaut de paiement de la première prime ou d'une prime suivante (ou d'une fraction de prime) dans les dix jours de son échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre

l'exécution de l'adhésion en justice peut, par lettre recommandée valant mise en demeure, adressée à l'Adhérent à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre.

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

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

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

Article 9 - Evolution des primes

La prime indiquée au Certificat d'Adhésion est établie selon les déclarations de l'assuré à l'adhésion.

Elle peut varier dans 2 cas :

9.1. Ajustement du tarif

Les primes varient à chaque échéance principale en fonction d'une revalorisation de 2% et de l'indice national de la Consommation Médicale Totale. Elles peuvent également varier en fonction de l'évolution de la consommation du groupe assuré.

9.2. Révision du tarif

Pour des raisons de caractère technique liées à l'évolution des risques en général, l'Assureur peut être amené à modifier son tarif. Cette mesure pourra notamment intervenir si la participation à la charge de l'Assuré venait à être augmentée par une réglementation ultérieure du Régime Obligatoire. La révision de la prime pourra s'effectuer à compter de l'échéance qui suit cette modification.

En cas de majoration de la prime, l'Adhérent aura alors le droit de résilier l'adhésion, par l'un des moyens indiqués à l'article 11 ci-après, dans les 15 jours qui suivent celui où il aura eu connaissance de la majoration.

La résiliation prendra effet un mois après la notification de l'Adhérent et la Compagnie aura

droit à la fraction de prime calculée sur les anciennes bases, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

A défaut de cette résiliation, la nouvelle prime sera considérée comme acceptée par l'Adhérent.

Article 10 - Sinistres

10.1. Justification des dépenses pour les assurés bénéficiant d'un Régime Obligatoire

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'Assuré doit adresser à l'Assureur (**Gestion Santé Solly Azar, 44-50, avenue du Capitaine Glarner - 93407 Saint-Ouen Cedex**, Tél. : 01 49 48 12 14, Fax : 01 40 11 11 41), dans les 3 mois qui suivent la date des décomptes du Régime Obligatoire :

- 1) Les originaux des décomptes du Régime Obligatoire.
- 2) Une copie de la prescription médicale et de la feuille de soins pour le vaccin anti-grippe et la garantie des actes médicaux non remboursés par le Régime Obligatoire.
- 3) L'original de la facture pour l'optique, les prothèses dentaires (où apparaît le numéro des dents) acceptées et refusées et le forfait cure thermique.
- 4) Les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance.
- 5) La demande d'entente préalable avant d'engager des dépenses qui y sont soumises, selon mention indiquée au Certificat d'Adhésion.
- 6) Pour le décès accidentel, un acte de décès, toute pièce de nature à justifier le droit du ou des bénéficiaires, notamment du lien de causalité entre l'accident et le décès.
- 7) Tous documents susceptibles de déterminer la nature et le montant des frais réellement engagés.
- 8) Tout élément permettant de déterminer, selon le cas, le service qui a prodigué les soins à l'Assuré ou le service dans lequel l'Assuré a effectué son séjour.

Télétransmission :

L'Assuré bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements ne devra envoyer que les justificatifs complémentaires, au moment où ils lui seront réclamés. En cas de rejet de la télétransmission, l'Assuré sera amené à nous soumettre un original ou un duplicata de son

décompte.

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

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

10.2. Paiement des indemnités

Le paiement des indemnités dues au titre du présent contrat est effectué dans les 15 jours à partir de la réception des documents justificatifs, après accord des parties.

10.3. Contrôle des dépenses

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

10.4. Contrôle médical

L'Assureur peut décider de faire examiner l'Assuré par un médecin de son choix. L'Assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, **sous peine d'être déchu du droit aux indemnités pour l'accident ou la maladie en cause.**

10.5. Arbitrage

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

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

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

10.6. Subrogation

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

Article 11 - Cessation des garanties

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

11.1. Résiliation de l'adhésion

A l'initiative de l'Adhérent :

- a) A chaque échéance annuelle de l'adhésion, moyennant un préavis de 3 mois.
- b) En cas d'augmentation de la prime résultant d'une révision du tarif dans les conditions prévues par l'article 9.2.

La notification doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de l'Assureur ou de Solly Azar Gestion Santé.

A l'initiative de l'Assureur :

- a) En cas d'aggravation du risque dans les conditions prévues à l'article 3.
- b) En cas de non paiement de la prime [art. L.141-3 du Code des Assurances]. L'Assureur a alors droit à une indemnité de résiliation égale à la portion de prime afférente à la période postérieure à la résiliation.
- c) En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion [art. L.113-9 du Code des Assurances].

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

Elle intervient de plein droit :

- a) En cas de fixation de domicile hors France Métropolitaine ; l'Adhérent devant en informer l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception adressée dans les trois mois qui suivent la date d'installation et la résiliation prenant effet un mois après sa notification à l'Assureur.

b) En cas de décès de l'Adhérent. S'il n'est pas seul assuré, l'adhésion continue de produire ses effets à l'égard des autres Assurés, à charge pour eux d'exécuter les obligations dont était tenu l'Adhérent, jusqu'à l'échéance principale suivante. A cette date, une nouvelle adhésion leur sera proposée.

c) Dès que l'Adhérent cesse d'appartenir au groupe assuré.

Tiers-payant :

En cas de suspension ou de résiliation de l'adhésion, l'Adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte tiers-payant à l'Assureur. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

11.2. Résiliation du contrat :

a) La résiliation du contrat souscrit au profit de l'ensemble du groupe mentionné au Certificat d'Adhésion peut être demandée par Solly Azar Gestion Santé ou par l'Assureur à l'échéance annuelle du contrat fixée au 31/12.

b) Elle intervient également de plein droit en cas de retrait d'agrément de l'Assureur [art. L 326.12 du Code des Assurances].

Article 12 - Territorialité

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

Article 13 - Prescription

Toute action dérivant des contrats est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions déterminées aux articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement

de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 14 - Médiation

En cas de difficultés dans l'application du présent contrat, l'Adhérent ou l'Assuré consultera d'abord son interlocuteur habituel qui s'engage à traiter la réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible. Si la réponse ne le satisfait pas, il pourra adresser une réclamation au Responsable des Relations Consommateurs de SÉRÉNIS ASSURANCES - 25 rue du Docteur Abel - 26000 VALENCE

Article 15 - Informatique et libertés

Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation font l'objet d'un traitement automatisé principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection, animations commerciales et études statistiques, prévention de la fraude, obligations légales. Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus, ces informations pourront être utilisées par les entités de notre groupe et pourront le cas échéant être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et sous-traitants missionnés (dont la liste peut être communiquée sur demande). Les assurés et leurs bénéficiaires sont protégés par la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978. Ils peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de l'Assureur, du gestionnaire et de ses correspondants. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : Solly Azar Gestion Santé - 60, rue de la Chaussée d'Antin - 75439 Paris Cedex 09. Les régimes obligatoires d'assurance maladie étant destinataires d'un certain nombre d'informations, vous pouvez vous opposer par écrit à tout moment à l'envoi automatique de vos décomptes de prestations au gestionnaire.

Article 16 - Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

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

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

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

Année d'assurance : Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

Assuré(s) : voir Bénéficiaire

Assureur : Compagnie SERENIS ASSURANCES. Entreprise régie par le Code des Assurances.

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

Base de remboursement (BR) : Tarif de base déterminé par la Sécurité Sociale Française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non.

Bénéficiaires : L'Adhérent et la ou les personnes désignées au Certificat d'Adhésion comme Assuré(s).

Certificat d'Adhésion : Document reprenant les éléments personnels de chaque assuré, ainsi que leurs déclarations et les garanties souscrites.

Délai d'attente : Période pendant laquelle la garantie n'est pas acquise.

Echéance principale : Correspond à la date anniversaire de l'adhésion.

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

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

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

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

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

Ticket modérateur : Fraction du tarif de responsabilité du régime obligatoire qui reste à charge du bénéficiaire.

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

DEFINITIONS

Bénéficiaire

- Personne physique ayant souscrit un contrat par l'intermédiaire de SOLLY AZAR.
- son conjoint ou concubin (y compris la personne ayant conclu un PACS avec l'assuré), non séparés
- ses enfants fiscalement à charge.

Domicile

Lieu de résidence principale en France Métropolitaine ou Principauté de Monaco.

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.

Transport

Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train ou par avion en classe touristique.

Territorialité

Le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France Métropolitaine et Principauté de Monaco.

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat et de l'accord liant le GROUPE SOLLY AZAR et MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pour la délivrance de ces prestations.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE

1. EN CAS D'URGENCE

1.1. Recherche d'un médecin

En l'absence du médecin traitant, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aide à trouver un médecin proche du domicile du bénéficiaire (médecin de garde ou organisme d'urgence).

En aucun cas, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera tenue pour responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, l'indisponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

1.2. Recherche et réservation d'une place en milieu hospitalier

A la demande du bénéficiaire et sur prescription

médicale, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise la réservation d'une place en milieu hospitalier (public ou privé) dans un rayon de 100 km du domicile du bénéficiaire dans la limite des disponibilités.

1.3. Transfert à l'hôpital et retour au domicile

a) Dans le cas où l'état de santé du bénéficiaire nécessite une hospitalisation et sur prescription médicale après intervention des premiers secours et/ou du médecin traitant, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge le transport par ambulance du bénéficiaire, de son domicile à l'hôpital le plus proche dans un rayon de 100 Km. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle

médicalisation du transport du bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

b) A l'issue de l'hospitalisation, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge le transport du bénéficiaire s'il n'est pas en état de se déplacer dans des conditions normales, de l'hôpital à son domicile (dans un rayon de 100 km du domicile).

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements éventuels obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié.

En conséquence, le bénéficiaire s'engage à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes et à verser à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE toutes sommes perçues par lui à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

2. GARANTIE AU DOMICILE EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE ENTRAINANT UNE IMMOBILISATION DE + DE 4 JOURS CONSECUTIFS

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant.

En France, les secours de première urgence sont gratuits.

Toutefois, en cas de difficultés, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pourra communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics.

2.1. Recherche de médicaments

Si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat urgent de médicaments indispensables, le bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer de son domicile, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au domicile du bénéficiaire ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment même ou ceux-ci lui seront apportés. Le service de livraison des

médicaments est pris en charge par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

2.2. Recherche et envoi d'une infirmière

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

2.3. Recherche de soins médicaux et esthétiques, repas

Si le bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie non chronique ou d'un accident, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE indique, dans toute la mesure du possible, les coordonnées d'organismes qui fournissent à domicile : des soins médicaux, des services de repas, des soins esthétiques à domicile (coiffeur, pédicure...)

2.4. Garde-malade et aide-ménagère

Si le médecin traitant estime que, à la suite d'une maladie non chronique ou d'un accident, le bénéficiaire ne peut rester temporairement à son domicile sans la présence d'une garde-malade, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE :

- fournit **une garde-malade** et prend en charge sa rémunération à concurrence de 12 heures par jour pendant 5 jours,
- fournit **une aide ménagère** et prend en charge sa rémunération à concurrence de 15 heures. Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, etc.) au domicile du bénéficiaire.
- organise et prend en charge **le transport d'un proche** jusqu'au domicile du bénéficiaire (billets aller et retour de train 1ère classe ou d'avion classe touriste). MONDIAL ASSISTANCE FRANCE lui rembourse également les frais d'hôtel sur place jusqu'à 50 € TTC par nuit, avec un maximum de 300 € TTC pour la durée du

séjour, les frais de restauration étant exclus. Cette prestation est organisée et prise en charge au départ et à destination de la France Métropolitaine et de la Principauté de Monaco La prestation relative aux frais d'hôtel n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies ci avant (sauf accord exprès de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE).

L'appréciation du médecin traitant doit être confirmée par l'envoi ultérieur à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE d'un certificat médical établi avant l'appel à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE et précisant que le bénéficiaire ne peut rester au domicile sans garde malade.

La mise à disposition d'une garde-malade et d'une aide ménagère, ainsi que la prise en charge de leur rétribution, ne peuvent dépasser trois interventions par année de couverture du contrat complémentaire maladie et par bénéficiaire.

La prise en charge du transport d'un proche et de ses frais de séjour ne peut dépasser une intervention par année de couverture du contrat complémentaire maladie et par bénéficiaire.

La prestation de garde-malade n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet » ci-dessus.

2.5. Transfert des petits-enfants

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge le retour des petits-enfants de moins de 15 ans, par train 1ère classe ou avion classe touriste, chez leurs parents résidant en France Métropolitaine et Monaco. L'accompagnement des petits-enfants, s'il est jugé nécessaire par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE est effectué par ses correspondants. A défaut MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à la disposition d'un des deux parents ou d'un proche désigné par eux, résidant en France Métropolitaine et à Monaco, un billet aller retour de train 1ère classe ou d'avion classe touriste, afin qu'il vienne au domicile du bénéficiaire pour ramener les enfants chez eux.

3. GARANTIE EN CAS D'HOSPITALISATION DE + DE 4 JOURS CONSECUTIFS

3.1. Frais de location de téléphone et téléviseur
MONDIAL ASSISTANCE FRANCE prend en charge les frais de location de téléphone et de téléviseur à hauteur de 75 € par année d'adhésion.

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

Suite à l'hospitalisation du bénéficiaire, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

- la garde à l'extérieur, des petits animaux de compagnie, à la condition qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires. Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge avec un maximum de 220 euros T.T.C.
- ou le transfert chez un proche résidant en France Métropolitaine et Monaco, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile,
- ou le voyage aller/retour en train de 1ère classe ou avion de classe touriste d'un proche habitant en France Métropolitaine et Monaco afin qu'il se rende au domicile pour assurer la garde de l'animal.

Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

3.3. Transfert des petits-enfants

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge le retour des petits-enfants de moins de 15 ans, par train 1ère classe ou avion classe touriste, chez leurs parents résidant en France Métropolitaine et Monaco. L'accompagnement des petits-enfants, s'il est jugé nécessaire par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, est effectué par ses correspondants. A défaut MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à la disposition d'un des deux parents ou d'un proche désigné par eux, résidant en France Métropolitaine et à Monaco, un billet aller retour de train 1ère classe ou d'avion classe touriste, afin qu'il vienne au domicile du bénéficiaire pour ramener les enfants chez eux.

3.4. Présence au chevet et hébergement d'un proche

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée par le bénéficiaire un billet aller et retour de train 1ère classe ou d'avion classe touriste afin de se rendre à son chevet.

Cette prestation est organisée et prise en charge au départ et à destination de la France Métropolitaine et de la Principauté de Monaco.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise le séjour à l'hôtel de la personne désignée au paragraphe ci avant et prend en charge ses frais réellement exposés jusqu'à un maximum de 50 euros T.T.C. par nuit.

Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser, pour la durée du séjour, 300 euros T.T.C. Les frais de restauration sont exclus.

Cette assistance n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe ci avant (sauf accord exprès de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE).

3.5. Aide ménagère à domicile

Pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation au domicile pour convalescence suite à une hospitalisation, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation, et si aucun proche n'est disponible sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge l'aide ménagère à domicile dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 15 heures (pouvant être réparties sur 3 semaines lorsque cette prestation n'a pas été fournie lors de l'hospitalisation précédent l'immobilisation au domicile).

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

La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 jours suivant le retour au domicile si la prestation n'a pas été fournie lors de l'hospitalisation.

3.6. Garde ou transfert des personnes dépendantes vivant sous le toit du bénéficiaire

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge pour les personnes dépendantes vivant sous le toit du bénéficiaire :

- leur garde à domicile à hauteur de 30 heures maximum
- le transfert aller/retour chez un proche résidant en France Métropolitaine et Monaco (billet de train 1ère classe ou avion classe touriste)
- le voyage aller/retour en train de 1ère classe ou avion de classe économique d'un proche habitant en France Métropolitaine et Monaco afin qu'il se rende au domicile pour s'occuper de la personne dépendante.

4. ALLO INFOS SANTE

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9 H à 20 H, hors jours fériés, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE communique au bénéficiaire les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines suivants :

- la vie courante
- les préparatifs d'un voyage
- les loisirs

a) Les préparatifs d'un voyage

- Informations médicales préliminaires à un voyage (Risques sanitaires, Vaccinations, traitement particulier...)
- Informations générales sur le climat, la monnaie, les us et coutumes
- Formalités administratives

b) Les loisirs

- Informations sur les différentes activités culturelles, de loisirs et de sports pouvant être pratiqués dans la région de l'assuré
- Coordonnées des associations de bénévoles pour les assurés cherchant à s'impliquer dans une activité de bénévolat
- Voyages organisés et autres vacances en fonction des différentes formes de handicap ou

de difficultés physiques.

- Informations spécialisées pour les malvoyants :
- Les informations sur les loisirs et la culture accessible aux malvoyants (expositions, théâtre et cinéma adaptés...)

c) La vie pratique

Santé

- Informations médicales de la vie courante (vaccins, médicaments, prévention...)
- Informations médicales sur les maladies liées au vieillissement (glaucome, Alzheimer...)
- Les problèmes d'alcool, de tabagisme, de poids, ...
- Les associations de malades (diabétiques, paralysés, ...) ou de bénévoles aidant les personnes malades ou handicapés dans leur vie quotidienne
- Les adresses de centres de cure, de convalescence, des établissements spécialisés

Prévention

- Le bon équilibre alimentaire
- Les compléments alimentaires
- L'alimentation biologique
- Les régimes en fonction des âges

Protection sociale

- Les organismes de Sécurité Sociale
- Les droits à prestations
- La CMU...

5. GARANTIE AGRESSION

En cas d'agression physique, le bénéficiaire peut contacter MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pour recevoir une aide psychologique délivrée par des psychologues cliniciens qui interviennent dans le strict respect du code de la déontologie applicable à la profession. En fonction de la situation du bénéficiaire, nous organisons et prenons en charge 3 entretiens téléphoniques.

6. GARANTIE RAPATRIEMENT

6.1 Rapatriement ou transport sanitaire (en cas de maladie uniquement)

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 :

a) 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.

b) 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.

6.2 En cas de décès en voyage

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge, selon les besoins :

a) Rapatriement de corps ou inhumation sur place

b) Le transport du corps depuis le lieu de la mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation en France Métropolitaine, Andorre ou Monaco.

c) Les frais annexes nécessaires à ce transport y compris le coût d'un cercueil de modèle simple, dans la limite de 763 € TTC.

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

d) La présence sur place d'un membre de la famille voyage aller et retour d'un membre de la famille ou d'un proche au départ de France Métropolitaine, Andorre et Monaco uniquement, si des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place du bénéficiaire voyageant seul.

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par GROUPE SOLLY AZAR auprès de Fragonard Assurances (S.A. au capital de 25 037 000 euros - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 PARIS) sont mises en œuvre par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE (S.A.S au capital de 7.538.389,65 € - 490 381 753 RCS Paris - Société de courtage d'assurances - assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des Assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - Siège social : 54, rue de Londres - 75 008 PARIS).

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

MONDIAL ASSISTANCE 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 préalablement 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.

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.

Conditions applicables aux services d'assistance à la personne au domicile

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 MONDIAL ASSISTANCE FRANCE qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi le dit justificatif.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées ci-avant ne peut donner lieu au remboursement que si MONDIAL ASSISTANCE FRANCE a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs, dans la limite de ceux que MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aurait engagés pour organiser le service.

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

Exclusions Générales

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).

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 :

- Téléphone : 01 40 25 57 52

- Télécopie : 01 40 25 52 62

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

- le nom et le n° du contrat souscrit,
- le nom et le prénom du bénéficiaire
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint.

SERENIS ASSURANCES

25 rue du docteur Henri Abel - 26 000 VALENCE

S.A. au capital de 9 580 000 € - RCS Romans

B350 838 686

GROUPE SOLLY AZAR - SAS au capital de 200 000 EUR - 353 508 955 RCS PARIS

Société de Courtage d'Assurances

Siège social : 60 rue de la Chaussée d'Antin, 75439 Paris Cedex 09 - N°ORIAS 07 008 500 - www.orias.fr



BellaVita Santé