

BON PLAN SANTE

Contrats collectifs d'assurance à adhésion facultative

Notice d'Information valant informations précontractuelles (art L112-2 du Code des Assurances) et Conditions Générales Réf SA –BON PLAN SANTE – 04/2011 des contrats n° CT1750064 & n° CT1750065

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.

La gestion des adhésions est effectuée par SOLLY AZAR ASSURANCES/GESTION SANTE par délégation de l'Assureur Sérénis Assurances.

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 1 - OBJET DE L'ASSURANCE

Les contrats groupe n° CT1750064 et n° CT1750065 sont souscrits par Groupe Solly Azar au profit de ses clients et par l'ARPI (Association Retraite Populaire Individuelle) au profit de ses adhérents auprès de Sérénis Assurances. Ils garantissent le remboursement de tout ou partie des dépenses médicales et chirurgicales consécutives à un accident, une maladie ou une maternité, 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.

Ces contrats respectent les critères des contrats d'assurance complémentaire santé dits « responsables » (article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale). En cas d'évolutions législatives ou réglementaires touchant « les contrats responsables », Ils pourront faire l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique. Les Assurés en seront informés préalablement.

L'Adhérent sous statut TNS (Travailleurs Non Salariés) souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de son régime complémentaire santé adhèrera à l'Association ARPI. Cet adhérent s'engage alors à être à jour, pendant toute la durée de son adhésion, de ses cotisations auprès des régimes obligatoires de base. Les résiliations des contrats collectifs peuvent intervenir, sur demande d'une des parties, à l'échéance annuelle des contrats collectifs fixée au 31/12.

ARTICLE 2 - BENEFICIAIRES

Bénéficient des garanties des présents contrats :

L'Adhérent et la ou les personnes désignées au Certificat d'Adhésion en qualité d'Assuré(s).

Les enfants doivent être fiscalement à charge de l'Adhérent, de son conjoint ou de son concubin, pour être bénéficiaires, jusqu'à l'échéance principale suivant leur 21^{ème} anniversaire ou jusqu'à l'échéance principale suivant leur 26^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ou se trouvent sous contrat d'apprentissage. Pour pouvoir bénéficier immédiatement de la garantie dès le 1^{er} de sa naissance, le nouveau-né doit être déclaré à l'Assureur dans les 30 jours de sa naissance. A défaut, la garantie est acquise à compter du jour de la réception de la demande d'ajout de bénéficiaire.

ARTICLE 3 - VOS DECLARATIONS

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

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 et pour le contrat n° CT1750065, son état de santé. Le contrat CT1750064 est un contrat solidaire au sens de l'article 995-15 du Code Général des impôts. 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. 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 a eu connaissance de ces modifications.

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 cotisation 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 cotisation 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) ou L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

ARTICLE 4 - FORMATION ET DUREE DE L'ADHESION

4.1 Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet pour chaque Assuré à compter de la date d'effet mentionnée au Certificat d'Adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime et de la signature de la demande d'Adhésion.

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

4.2 Délais d'attente

A compter de la date d'effet de l'adhésion, la garantie est acquise pour chaque Assuré, sans délai d'attente en cas d'accident. En cas de maladie, sur les modules D, E et 5, les délais suivants s'appliquent :

- 3 mois pour les frais d'hospitalisation.
- 6 mois pour la chambre particulière, les frais d'accompagnement, l'optique, le dentaire et la médecine générale.

L'Assureur limite ses engagements, pour les sinistres survenant pendant les délais d'attente, aux garanties acquises sur les bases des formules 4 et C.

Ces délais peuvent être abrogés si l'Adhérent peut justifier avoir bénéficié de garanties équivalentes et résiliées depuis moins de 3 mois à compter de la date d'effet de son adhésion.

4.3 Durée de l'adhésion et des garanties

L'adhésion est conclue pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction à la date d'anniversaire de la date d'effet, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties, dans les cas et selon les modalités fixées à l'article 10 ci-après.

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

ARTICLE 5 - PRESTATIONS COUVERTES

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

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

Les garanties sont exprimées :

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

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

Seuls les dépassements autorisés par la Sécurité sociale sont pris en charge selon les différentes formules, s'ils sont pratiqués avec tact et mesure comme prévu par le code de déontologie des praticiens.

Selon mention faite au Certificat d'Adhésion, l'indemnisation peut être réduite par application d'une franchise calculée en fonction d'un montant forfaitaire par acte. Cette franchise sera appliquée pour chaque ligne du décompte du Régime Obligatoire de l'Assuré.

5.1 Garantie en cas d'hospitalisation :

Pour les garanties à hauteur de 100% des frais réels engagés, une demande d'entente préalable sera 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 400% de la base de remboursement.

5.2 Garantie des séjours en psychiatrie, sanatorium, préventorium, aérium, centre diététique ou médico-diététique, centre de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle, maison de repos ou de convalescence, maison d'enfants à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique et médico-psychopédagogique :

L'Assureur intervient sur la base du forfait journalier et de 100 % du tarif de convention, 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 tous les autres séjours.

5.3 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.

5.4 Garantie de la maternité :

Des prestations spécifiques peuvent couvrir les consultations, visites et soins de maternité, les actes médicaux liés à l'accouchement, la chambre particulière et prévoir le versement d'une prime de naissance ou d'adoption à la mère assurée, à condition que l'enfant soit désigné « bénéficiaire » au contrat dans les 90 jours suivant sa naissance ou son adoption. La prime est versée une seule fois en cas de naissance multiple.

En revanche en cas d'accouchement pathologique, ce sont les garanties « hospitalisation » prévues par le contrat qui s'appliqueront.

5.5 Garantie des cures thermales :

Les cures thermales ne donnent lieu, selon la formule choisie, qu'au versement du forfait « cure thermale » et les remboursements de tout autre frais sont exclus.

5.6 Garantie des frais non pris en charge par le Régime Obligatoire :

Les contrats peuvent, selon la formule choisie, garantir des actes ou prescriptions non pris en charge par le Régime Obligatoire. Le montant des remboursements est limité par acte ou prescription et à un plafond annuel par bénéficiaire.

5.7 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 tout remboursement optique l'année précédente pour le bénéficiaire concerné.

ARTICLE 6 - EXCLUSIONS

Conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application, les garanties des présents contrats dits responsables ne couvrent pas :

- **la contribution forfaitaire mentionnée à l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale ;**
- **la majoration de la participation de l'assuré en cas de non respect du parcours de soins (article L162-5-3 du code de la Sécurité Sociale), de refus d'accès ou de modification au dossier médical personnel (art L161 -36-2 du code de la Sécurité Sociale)**

- **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 ;**
- **les franchises médicales appliquées aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports, instituées par la loi du 19 décembre 2007.**

6.1 Générales

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 ;**
- **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 ou services suivants :

- **hélio-marins ou de thalassothérapie ;**
- **de gériatries, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices de vieillards ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes.**

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, sauf pour les nouveau-nés pour lesquels la garantie aura été demandée dans les conditions de l'article 2.**

Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés aux articles 6.1 à 6.3 ci-dessus et à l'article 5.3, la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

ARTICLE 7 - PAIEMENT DES COTISATIONS

L'Adhérent doit payer chaque cotisation à son échéance auprès de SOLLY AZAR GESTION SANTE.

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

Seront également à la charge de l'Adhérent tous impôts et taxes qui pourront être établis sur la cotisation 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.113-3 du Code des Assurances).

Lorsque l'Assureur accepte le paiement fractionné de la prime, il est formellement convenu que la cotisation de l'année entière d'assurance ou ce qui en reste dû, deviendra immédiatement exigible en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation. Dans

ce cas, les primes ultérieures seront obligatoirement payables annuellement. L'adhérent devra alors régler l'arriéré dû par tout autre moyen de paiement.

De plus, si l'Adhérent a opté pour le prélèvement des cotisations, il est entendu que ce prélèvement cessera dès qu'une cotisation ou une fraction de cotisation restera impayée.

A défaut de paiement de la première cotisation ou d'une cotisation suivante (ou d'une fraction de cotisation) 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, des maladies ou des maternités 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 8 - EVOLUTION DES COTISATIONS

La prime indiquée au Certificat d'Adhésion est établie selon les déclarations de l'assuré à l'adhésion. Elle évolue à chaque échéance principale en fonction d'une revalorisation de 2 % et également en fonction :

- du résultat enregistré par les contrats groupe au cours de l'exercice précédent,
- du coût des actes médicaux,
- du lieu de domicile de l'Adhérent,
- du changement de régime de base de l'assuré.

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

ARTICLE 9 – SINISTRES

9.1 Justification des dépenses pour les Assurés bénéficiant d'un Régime Obligatoire

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'Assuré doit adresser à **SOLLY AZAR GESTION SANTE, 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 la garantie des actes et médicaments prescrits mais non remboursés par le Régime Obligatoire (hors substituts nicotiques).
- 3) L'original de la facture pour l'optique (et de la prescription médicale pour l'optique non remboursée par le Régime Obligatoire), les prothèses dentaires (où apparaît le numéro des dents) et l'orthodontie remboursées ou non remboursées par le Régime Obligatoire et les actes hors nomenclature de la Sécurité Sociale.
- 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) L'original de la facture pour le forfait cures thermales, les substituts nicotiques, les médecines naturelles et les vaccins.
- 7) Un bulletin de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille au nom de l'enfant (ou copie du jugement d'adoption) pour la prestation de naissance.
- 8) Tous documents susceptibles de déterminer la nature et le montant des frais réellement engagés.
- 9) 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 : SOLLY AZAR GESTION SANTE - 44-50, avenue du Capitaine Glarner - 93407 Saint Ouen Cedex.

9.2. Paiement des indemnités

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

9.3. 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.

9.4. 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.**

9.5. 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 3^{ème} médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'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 3ème médecin et des frais de sa nomination.

9.6. 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.

9.7. Principe indemnitaire – Pluralité d'organismes assureurs

Les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L 861-3 du Code de la Sécurité Sociale (alinéa 1 de l'article 9 loi du 31 décembre 1989). Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1 décret n° 90-769 du 30 août 1990).

9.8 Abrogation de la franchise

La franchise est abrogée dans les conditions minimum de l'article L871-1 du Code de la Santé Sociale. Le solde dû est versé uniquement sur demande adressée à SOLLY AZAR GESTION SANTÉ dans le mois qui suit la date d'échéance principale ou la date de résiliation de l'adhésion pour les frais remboursés durant l'année d'assurance écoulée.

ARTICLE 10 - CESSATION DES GARANTIES

Certaines garanties peuvent cesser en fonction de l'âge de l'Assuré. Elles sont mentionnées dans le tableau inscrit dans votre Certificat d'Adhésion. Toutes les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

10.1 A l'initiative de l'Adhérent

- a) A chaque échéance annuelle de l'adhésion, moyennant un préavis de 2 mois.
- b) En cas d'augmentation de la cotisation dans les

conditions prévues à l'article 8.

L'Adhérent pourra alors résilier l'adhésion dans les quinze jours suivant celui où il aura eu connaissance de l'augmentation. La résiliation prendra effet un mois après notification à l'Assureur. Celui-ci aura droit à la portion de cotisation calculée sur les bases de la cotisation précédente, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

c) En cas de survenance d'un événement : l'Adhérent peut résilier l'adhésion en cas de :

- changement de profession,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de domicile hors de France métropolitaine,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

quelle que soit la durée écoulée depuis l'adhésion, et à condition que les risques garantis en relation directe avec la situation antérieure, ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (art L. 113-16 du Code des Assurances). Durant la première année de garantie, la résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois qui suivent la date de l'événement et prend effet un mois après que l'autre partie en ait reçu notification. Au-delà, elle peut intervenir à tout moment moyennant un préavis d'un mois.

d) En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L. 112-9 du Code des Assurances et les articles L. 112-2-1 III et L. 121-20-8 et suivants du Code de la Consommation.

La notification doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de l'Assureur ou de SOLLY AZAR GESTION SANTE. La date d'expédition constitue le point de départ du préavis.

10.2 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 cotisation (art. L. 113-3 du Code des Assurances). L'Assureur a alors droit à une indemnité de résiliation égale à la portion de cotisation 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.

10.3 De plein droit

- a) En cas de fixation de domicile hors de 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) En cas de retrait d'agrément de l'Assureur (art. L. 326-12 du Code des Assurances).

ARTICLE 11 - TERRITORIALITE

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

ARTICLE 12 - PRESCRIPTION

Article L. 114-1 :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à 10 ans pour la garantie décès.

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.

Article L. 114-2 :

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

ARTICLE 13 - MEDIATION

En cas de difficultés dans l'application des présents contrats, 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, l'Adhérent ou l'Assuré pourra adresser une réclamation au Responsable des Relations Consommateurs de SERENIS ASSURANCES – 63 chemin Antoine Pardon 69 814 TASSIN Cedex.

ARTICLE 14 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation font l'objet de traitements 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, sous réserve du respect du secret médical.

Afin de se conformer à ses obligations légales, le responsable du traitement met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier à votre assureur à l'adresse suivante : 63 Chemin A. Pardon – 69814 TASSIN CEDEX.

ARTICLE 15 - DROIT ET LANGUE APPLICABLE

Les relations précontractuelles, contractuelles ainsi que la rédaction du contrat relèvent exclusivement de la langue française. La loi applicable aux relations précontractuelles et au contrat est la loi française.

ARTICLE 16 - AUTORITE DE CONTROLE DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES

SERENIS ASSURANCES est placée sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 17 - FACULTE DE RENONCIATION

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

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

« I. - Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter

du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

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

Ce délai commence à courir à compter du jour :

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

Afin de renoncer au contrat, il convient d'adresser à SOLLY AZAR ASSURANCES, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception suivant modèle ci-dessous :

« Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse du souscripteur] déclare renoncer au contrat d'assurance n° [numéro de contrat figurant sur les conditions particulières du contrat] auquel j'avais souscrit le [date de la souscription] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

[Date] [Signature du souscripteur] »

La renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. En cas de renonciation, vous n'êtes tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

DEFINITIONS

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 cotisation 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 : Personne à la charge de l'assuré au sens de la Sécurité Sociale et bénéficiant à ce titre des prestations

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.

Date de conclusion du contrat : date de signature de la demande d'adhésion par l'Adhérent.

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.

Maternité : Etat de grossesse pendant lequel les frais liés à cette grossesse sont pris en charge à hauteur de 100 % de la BR par le Régime Obligatoire de l'Assurée.

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.

Tarif d'autorité : base de remboursement du régime obligatoire pour les consultations et actes des praticiens non conventionnés.

Tarif de convention : base de remboursement du régime obligatoire pour les consultations et actes des praticiens conventionnés.

Tarif de responsabilité : Base de remboursement du régime obligatoire qui sera le tarif d'autorité ou le tarif de convention selon le praticien.

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.

Fin de texte

SERENIS ASSURANCES
63, chemin A. PARDON – 69814 TASSIN Cedex
S.A. au capital de 16 442 000 € - RCS Romans
B350 838 686

CONVENTION D'ASSISTANCE

ASSISTANCE : 01 41 85 84 00

La présente convention d'assistance constitue les conditions générales du contrat SAP ASSISTANCE. Elle détermine les prestations qui seront fournies par EUROP ASSISTANCE FRANCE, entreprise régie par le Code des Assurances, dans le cadre des contrats d'assurance maladie commercialisés par le GROUPE SOLLY AZAR

ARTICLE 1. OBLIGATIONS DES BENEFICIAIRES EN CAS D'ASSISTANCE

Pour permettre à SAP ASSISTANCE d'intervenir dans les meilleures conditions, il est nécessaire :

- d'appeler sans attendre SAP ASSISTANCE - BP 94 - 92633 GENNEVILLIERS CEDEX au 01.41.85.84.00.
- d'obtenir son accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- de vous conformer aux solutions que nous préconisons,
- de fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé. En cas de fausse déclaration, SAP ASSISTANCE se réserve le droit de prendre toutes dispositions relatives à ses obligations, et le cas échéant, d'en refuser le remboursement.

ARTICLE 2. DEFINITIONS

2.1. BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires des garanties sont :

- L'Assuré
- Son conjoint ou concubin
- Leurs enfants de moins de 20 ans, vivant sous leur toit et à charge fiscalement.

Les bénéficiaires doivent avoir leur domicile légal c'est-à-dire leur résidence principale et habituelle en France métropolitaine .

2.2. VALIDITE DE LA GARANTIE

La garantie "assistance" est valable jusqu'au 31.12 de l'année en cours à compter de la date de prise d'effet du contrat d'assurance maladie. Elle est liée à la validité du contrat d'assurance, et est automatiquement résiliée et arrive à échéance, à la même date et dans les mêmes conditions que celui-ci.

2.3. ACCIDENT :

Par accident, il faut entendre une atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire, résultant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

2.4. HOSPITALISATION :

Par hospitalisation, il faut entendre dans la présente convention toute hospitalisation récente et imprévue, prescrite en urgence par un médecin, consécutive à une maladie ou à un accident (voir définition) survenant inopinément.

2.5. IMMOBILISATION AU DOMICILE

Toute immobilisation au domicile prescrite par un médecin consécutive à un accident ou à une hospitalisation.

2.6. DOMICILE :

Par domicile, il faut entendre le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire en France métropolitaine, désigné aux conditions particulières du contrat d'assurance maladie.

2.7. ETENDUE TERRITORIALE :

Les garanties décrites dans la présente convention s'appliquent en France métropolitaine uniquement, au domicile du bénéficiaire mentionné aux conditions particulières du contrat d'assurance maladie.

ARTICLE 3 . PRESTATIONS D'ASSISTANCE

3.1. EN CAS D'HOSPITALISATION RECENTE ET IMPREVUE DE L'ASSURE OU DE SON CONJOINT / CONCUBIN

a) Aide-ménagère

SAP ASSISTANCE recherche, dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère pour se rendre au domicile du bénéficiaire

- soit durant l'hospitalisation pour venir en aide au conjoint et aux enfants restés seuls,
- soit au retour du bénéficiaire hospitalisé, pour lui venir en aide pendant sa convalescence.

SAP ASSISTANCE prend en charge les frais d'aide-ménagère à concurrence de 15 heures, celles-ci devant être effectuées dans un délai de 30 jours maximum à compter de la date de retour d'hospitalisation.

b) Présence hospitalisation

En cas d'hospitalisation supérieure à 8 jours, SAP ASSISTANCE organise et prend en charge le déplacement aller/retour par train 1ère classe ou avion de ligne classe économique (si plus de 8 heures de train) d'une personne choisie par le souscripteur résidant en France métropolitaine pour se rendre à son chevet. SAP ASSISTANCE prend en charge également les frais d'hôtel de cette personne à concurrence de 31 EUR TTC par nuit pendant 3 nuits maximum (chambre et petit déjeuner). Cette prestation est accordée une seule fois par hospitalisation.

c) Garde des enfants de moins de 16 ans

SAP ASSISTANCE organise et prend en charge :

- Soit le voyage aller/retour en train 1re classe ou avion de ligne classe économique (si plus de 8 heures de train) d'une personne désignée par le bénéficiaire, depuis son domicile en France métropolitaine jusqu'au domicile du bénéficiaire, pour venir garder les enfants âgés de moins de 16 ans qui viendraient à se trouver seuls.
- Soit le voyage aller/retour d'une hôtesse de SAP ASSISTANCE pour accompagner les enfants restés seuls jusqu'au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine. SAP ASSISTANCE prend également en charge le coût du voyage aller/retour des enfants.

d) En cas d'hospitalisation récente ou imprévue de l'Assuré ou de son conjoint ou concubin ou de leurs enfants

SAP ASSISTANCE prend en charge les frais de téléphone ou de location d'un téléviseur à l'hôpital ou à la clinique, à concurrence de 77 euros.

e) Les bénéficiaires se voient dans l'obligation d'annuler leurs vacances

SAP ASSISTANCE prend en charge les frais d'annulation d'hôtel ou de location d'appartement à concurrence de 77 euros.

f) Transfert et garde des animaux de compagnie (chiens, chats)

SAP ASSISTANCE se charge :

- Soit de rechercher l'établissement de garde pour animaux (chiens et chats) le plus proche du domicile de l'Assuré. Dans ce cas, SAP ASSISTANCE organise et prend en charge le transport du ou des animaux jusqu'à cet établissement proche du domicile et participe aux frais de garde en chenil pendant 7 jours consécutifs maximum,
- Soit d'organiser le transport du ou des animaux jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine désigné

par l'Assuré. SAP ASSISTANCE prend en charge les frais de transport dans la limite de 50 kilomètres.

Cette prestation d'assistance est soumise aux conditions de transport, d'accueil et d'hébergement exigées par les prestataires et chenils sollicités par SAP ASSISTANCE (vaccinations à jour, caution...). Elle sera rendue sous réserve que l'Assuré ou qu'une personne autorisée par ce dernier puisse accueillir, chez l'Assuré, le prestataire sollicité par SAP ASSISTANCE afin de lui confier l'animal.

3.2 EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE D'UN BENEFICIAIRE

SAP ASSISTANCE pourra, sur simple appel téléphonique d'un bénéficiaire, rendre les services suivants :

a) Recherche d'une ambulance ou d'un Véhicule Sanitaire Léger :

SAP ASSISTANCE organise le transport en ambulance ou VSL des bénéficiaires jusqu'au centre de soins ou d'examen désigné par eux ou par leur médecin. Le coût du transport est à la charge du bénéficiaire.

b) Recherche d'un médecin en urgence :

En dehors des heures et jours de consultation du médecin traitant habituel de l'Assuré ou de son conjoint ou concubin, SAP ASSISTANCE recherche le médecin de garde ou le service médical d'urgence proche des bénéficiaires afin qu'il se rende auprès de ces derniers. Les honoraires du médecin de garde ou du service médical sont à la charge du bénéficiaire.

c) Recherche de médicaments :

Le médecin vient de prescrire au bénéficiaire des médicaments par ordonnance et personne ne peut aller les chercher, un prestataire de SAP ASSISTANCE se rendra auprès du bénéficiaire pour prendre possession de l'ordonnance et rechercher les médicaments à la pharmacie habituelle du bénéficiaire ou à la pharmacie de garde. Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire. Les renouvellements d'ordonnance sont exclus.

d) Conseil Santé :

Sur simple appel téléphonique de 9 heures à 18 heures, sauf les dimanches et les jours fériés, SAP ASSISTANCE s'efforce de rechercher les renseignements à caractère documentaire destinés à orienter les démarches du bénéficiaire dans le domaine de la santé (prestations de la sécurité sociale, accidents de travail, ...). S'il ne lui est pas possible de donner une réponse immédiate, SAP ASSISTANCE effectue des recherches et rappelle le bénéficiaire à son domicile. SAP ASSISTANCE apporte aux questions qui lui sont posées une réponse objective à partir d'éléments officiels et ne peut en aucun cas être tenue pour responsable des interprétations du bénéficiaire ni de leurs conséquences éventuelles.

3.3 EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE D'UN ENFANT BENEFICIAIRE, OCCASIONNANT UNE ABSENCE SCOLAIRE SUPERIEURE OU EGALE A 12 JOURS OUVRES :

En cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire, occasionnant une absence scolaire d'une durée supérieure ou égale à 12 jours ouvrés, SAP ASSISTANCE recherche un ou des enseignants à domicile proches du domicile de l'Assuré qui sera(ont) en mesure d'assurer la continuité du programme scolaire au domicile de l'Assuré (en dehors des périodes de vacances scolaires) dans les matières suivantes : mathématiques, physique, français, anglais, espagnol, allemand.

SAP ASSISTANCE s'engage à rechercher un enseignant à domicile dans un délai maximum de 3 jours ouvrés suivant la demande et prend en charge l'intervention de l'enseignant (cours et déplacement) à concurrence de 12 heures.

L'enseignement est dispensé pour des élèves du primaire aux classes de terminales incluses.

Chaque matière choisie devra faire l'objet de 4 heures de cours au minimum, sachant qu'aucun déplacement ne sera effectué par un enseignant pour moins de 2 heures de cours consécutives.

Cette prestation pourra être demandée et mise en oeuvre pendant une période de 1 mois à compter de la date d'immobilisation de l'enfant.

SAP ASSISTANCE demandera à l'Assuré de lui adresser sous

48 heures un certificat médical attestant l'absence scolaire pour raisons de santé pour une période supérieure ou égale à 12 jours ouvrés.

DANS TOUS LES CAS, SAP ASSISTANCE SE RESERVE LE DROIT DE DEMANDER AU BENEFICIAIRE DE LUI FOURNIR UN CERTIFICAT D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE.

ARTICLE 4. EXCLUSIONS ET CAS DE FORCE MAJEURE

4.1. NE PEUVENT DONNER LIEU A INTERVENTION ET/OU PRISE EN CHARGE DE EUROP ASSISTANCE :

- les frais engagés sans l'accord préalable de SAP ASSISTANCE ;
- les affections ou lésions bénignes ne justifiant pas une immobilisation à domicile ;
- les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement ;
- les rechutes et/ou complications d'un état pathologique constitué antérieurement à la date de souscription ou de renouvellement du contrat d'assurance maladie et comportant un risque d'aggravation brutale ;
- les états de grossesse déjà connus avant la date de prise d'effet ou de renouvellement des contrats d'assurance maladie, sauf dans les cas de complication nette et imprévisible, et, dans tous les cas, les états de grossesse à partir de la 28ème semaine ;
- les visites médicales de contrôle ;
- les maladies ou accidents dont l'origine est antérieure à la date de prise d'effet du contrat d'assurance maladie ;
- toute situation consécutive à l'usage de drogues non prescrites, stupéfiants et produits assimilés ;
- les hospitalisations prévues ;
- tout événement ou prestation non prévu par la présente convention.

4.2. CAS DE FORCE MAJEURE

SAP ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable des manquements à l'exécution des prestations résultant de cas de force majeures ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, émeutes, instabilité politique notoire, mouvements populaires, représailles, actes de terrorisme, restrictions à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosion, dégagement de chaleur ou irradiation provenant de la transmutation ou de la désintégration d'un noyau d'atomique et autres cas fortuits, ni des empêchements dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

Le fait de grève ne constitue pas une raison de déclenchement de nos services.

ARTICLE 5. SUBROGATION

EUROP ASSISTANCE FRANCE est subrogée, à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle dans les droits et actions du bénéficiaire contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention.

ARTICLE 6. PRESCRIPTION

Toute action dérivant de cette convention est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Fin de texte