



Profil Santé

CONDITIONS GENERALES



Conditions générales

Profil Santé

SOMMAIRE

CHAPITRE I. LES FRAIS DE SANTE	4
Article 1 – Objet de l'assurance	4
Article 2 – Bénéficiaires	4
Article 3 – Déclarations	4
Article 4 – Formation et durée de l'adhésion	5
Article 5 – Prestations couvertes	5
Article 6 – Exclusions	6
Article 7 – Paiement des cotisations	7
Article 8 – Evolution des cotisations	7
Article 9 – Modalités de remboursement des prestations	7
Article 10 – Résiliation de l'adhésion et cessation des garanties	8
Article 11 – Territorialité	9
Article 12 – Prescription	9
Article 13 – Médiation	9
Article 14 – Informatique et libertés	9
Article 15 – Droit et langue applicable	10
Article 16 – Autorité de contrôle	10
Article 17 – Faculté de renonciation	10
Article 18 – Définitions	10
CHAPITRE II. EXONERATION DES COTISATIONS EN CAS DE CHOMAGE	11
Article 1 – Description de la garantie	11
Article 2 – Formation, prise d'effet et durée de la garantie	11
Article 3 – Exclusions	12
Article 4 – Règlement des litiges	12
CHAPITRE III. CAPITAL COUP DUR	13
Article 1 – Description de la garantie	13
Article 2 – Formation, prise d'effet et durée de la garantie	13
Article 3 – Exclusions	13
Article 4 – Règlement des litiges	14
CHAPITRE IV. LA CONVENTION D'ASSISTANCE	15
I. LES GARANTIES D'ASSISTANCE DE LA FORMULE HOSPITALISATION SEULE	15
Article 1 – Conditions d'intervention	15
Article 2 – Informations et vie pratique	15
Article 3 – Garanties d'assistance à domicile	16
II. LES GARANTIES D'ASSISTANCE DES FORMULES 1 A 6 et ECO	16
Article 1 – Conditions d'intervention	16
Article 2 – Informations et vie pratique	16
Article 3 – Accompagnement psychologique	17
Article 4 – Garanties d'assistance à domicile	18
Article 5 – Aide aux aidants	21
Article 6 – Assistance voyage	22
Article 7 – Dispositions particulières	23

CHAPITRE I. LES FRAIS DE SANTÉ

Conditions Générales valant notice d'information - Réf CG – Profil Santé 04/2015 - des Contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative Profil Santé n° 1000, n° 2000 et n° 5421405404

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 et prestations est effectuée par GROUPE SOLLY AZAR par délégation des Assureurs
Toutes les demandes de remboursement doivent être obligatoirement adressées à :
SOLLY AZAR ASSURANCES – Service Gestion Santé –
TSA 91417– 92894 NANTERRE CEDEX 9

ARTICLE 1 – OBJET DE L'ASSURANCE

Le contrat groupe n° 2000 est souscrit pour les formules 1 à 5 et ECO par Groupe Solly Azar SAS au capital de 200 000 € - 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
auprès de Prévoir Risques Divers - GROUPE PREVOIR – 19 rue d'Aumale – 75306 PARIS CEDEX 09 – Entreprise régie par le Code des Assurances – Société anonyme au capital de 9 000 000 € entièrement versé – 572 084 051 R.C.S PARIS.

L'Adhérent sous statut Travailleur Non salarié souhaitant bénéficier pour les formules 1 à 5 et ECO de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de son régime complémentaire santé adhère au contrat n° 1000 et à l'association ARPTNS (association de Retraite et de Prévoyance des Travailleurs Non Salariés) souscriptrice dudit contrat auprès de Prévoir Risques Divers. Cet Adhérent s'engage alors à être à jour, pendant toute la durée de son adhésion au contrat n° 1000, du paiement de ses cotisations auprès des régimes obligatoires de base (Loi du 11/02/1994, dite « Loi Madelin »).

Le contrat groupe n° 5421405404 est souscrit pour la formule hospitalisation seule par Groupe Solly Azar auprès de MGARD, Société anonyme au capital de 11 000 000 €, Entreprise régie par le Code des Assurances, Siège social : 36, rue La Fayette - 75 009 PARIS 752 934 083 R.C.S PARIS.

Ces contrats 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 inséré au Certificat d'Adhésion.

Ce contrat est qualifié de « contrat responsable et solidaire » tel que défini par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et ses décrets d'application. L'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale définit ainsi les planchers et plafonds de garanties que doivent respecter les « contrats responsables ». En cas d'évolutions législatives ou réglementaires touchant « les contrats responsables », telles que le décret n°2014-1374 du 18/11/2014, régissant les contrats responsables et solidaires, les contrats feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique.

ARTICLE 2 – BÉNÉFICIAIRES

Bénéficiaire des garanties du présent contrat :

1. L'Adhérent qui doit :

- résider en France Métropolitaine
- être affilié à un régime obligatoire français
- être âgé de 80 ans ou moins au jour de l'adhésion pour les formules 1 à 5 et ECO et de 65 ans ou moins pour la formule hospitalisation seule.

2. Les autres bénéficiaires au contrat peuvent être :

- Le(la) conjoint(e) non-séparé(e) de corps judiciairement ou son(sa) concubin(e) ou son(sa) partenaire lié(e) par un Pacte civil de solidarité (PACS) et ayant 80 ans ou moins pour les formules 1 à 5 et ECO et 65 ans ou moins pour la formule hospitalisation seule.
- Les enfants fiscalement à charge de l'Adhérent, de son(sa) conjoint(e), de son(sa) concubin(e) ou son(sa) partenaire lié(e) par un PACS, jusqu'à l'échéance anniversaire qui suit 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} jour de sa naissance, le nouveau-né doit être déclaré à Solly Azar Assurances dans les 90 jours de sa naissance. A défaut, la garantie est acquise à compter du jour de la réception de la demande d'ajout de bénéficiaire.

ARTICLE 3 – 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 notamment son âge, son régime obligatoire et 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.
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des bénéficiaires 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'Adhérent 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'Adhérent 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 bénéficiaire à compter de la date d'effet mentionnée au Certificat d'Adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation. Il en est de même pour les avenants.

Toute modification de formule à la hausse ou à la baisse n'est possible qu'à l'échéance anniversaire du contrat qui suit la demande.

4.2. Délais d'attente

Les garanties sont acquises pour chaque bénéficiaire sans aucun délai d'attente.

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

Le contrat garantit le remboursement des dépenses de santé médicalement prescrites et engagées entre les dates d'effet et de fin de la garantie, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité. Les prestations sont calculées et remboursées :

- soit suivant les modalités prévues par le calcul des prestations de la Sécurité Sociale française : en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) en vigueur à la date des soins et sous déduction du remboursement du régime obligatoire.

- soit dans la limite d'un plafond exprimé en euros par bénéficiaire et par acte, par jour ou par an.

L'indemnisation de l'Assureur ne peut pas excéder le montant des frais réellement engagés et, s'exerce, en fonction de la formule de garantie choisie à concurrence des montants indiqués au tableau inséré au Certificat d'Adhésion.

Dans les conditions et limites de la formule de garanties choisie, et mentionnée au Certificat d'Adhésion, le contrat garantit à chaque bénéficiaire et sauf spécificités indiquées ci-après, l'intégralité du Ticket Modérateur (TM) sur les tarifs servant de base au remboursement de la Sécurité sociale (dit «tarif de responsabilité » ou « tarif opposable ») pour l'ensemble des dépenses effectivement remboursées par l'Assurance Maladie, notamment :

- les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé, y compris ceux liés à la prévention, dans les limites définies ci-après au paragraphe spécificités de la garantie «Dentaire»,

- les soins dentaires, y compris les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dento-faciale, dans les limites définies ci-après au paragraphe spécificités de la garantie «Optique»
- les frais d'acquisition d'un équipement optique (verre +monture),
- et sauf exception listée ci-dessous, l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée.

Par ailleurs, lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires, ceux-ci-sont limités, dès lors que les médecins n'ont pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS: contrat auquel peut adhérer un médecin, destiné à favoriser l'accès au soins de ses patients en permettant que ceux ci soient mieux remboursés). Le remboursement est alors plafonné par la double limite suivante :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas dépasser 100 % du tarif opposable (par exception 125 % pour les soins effectués en 2015 et 2016),
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au CAS, en respectant une différence d'au moins 20 % de la base de remboursement.

5.1. Spécificités de la garantie « Hospitalisation » :

- La chambre particulière est garantie selon la formule choisie dans la limite d'un plafond de :

- 60 jours par an pour les séjours en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie pour la formule hospitalisation seule assurée par MGARD.
- 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie pour les formules 1 à 5 et ECO assurées par Prévoir Risques Divers.
- Pour la formule hospitalisation seule, les prestations versées au titre de la chambre particulière augmentent - avec l'ancienneté au contrat

- Le forfait journalier est couvert en intégralité (forfait journalier hospitalier pris en charge par le RO mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale). Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD). (extrait de la circulaire du 30 janvier 2015).

- Les frais de lit d'accompagnant, non remboursés par le régime obligatoire et facturés par un établissement hospitalier, suite à l'hospitalisation d'un bénéficiaire inscrit au contrat, sont garantis selon la formule choisie dans la limite d'un plafond journalier et de 20 jours par an.

- Les prestations versées au titre des honoraires de médecins augmentent selon la formule choisie avec l'ancienneté du contrat.

- Les frais de télévision facturés par un établissement hospitalier, suite à l'hospitalisation d'un bénéficiaire inscrit au contrat, sont garantis selon la formule choisie dans la limite du plafond journalier et de 20 jours par an.

- Une prime de naissance ou d'adoption est versée 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, même en cas de naissance ou d'adoption multiple.

5.2. Spécificités de la garantie « Pharmacie » :

- La pharmacie prescrite et non remboursée par le régime obligatoire est prise en charge selon la formule choisie, dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire.
- Les vaccins du voyage prescrits par un médecin et recommandés dans les conditions d'usage par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France pour les maladies sont pris en charge selon la formule choisie dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire.

Lorsque le contrat de l'Adhérent le prévoit :

- Les contraceptifs prescrits par un médecin non remboursés par le régime obligatoire sont pris en charge dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire.
- Les substituts nicotiques remboursés ou non par le régime obligatoire sont pris en charge dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire.

5.3. Spécificités de la garantie « Dentaire » :

- Les prestations versées au titre des « prothèses dentaires fixes » augmentent selon la formule choisie avec l'ancienneté au contrat.
- L'orthodontie remboursée ou non remboursée par le régime obligatoire est prise en charge selon la formule choisie dans la limite d'un plafond par an et par bénéficiaire.
- Les implants et la parodontologie non remboursés par le régime obligatoire sont pris en charge dans la limite d'un plafond annuel.

5.4. Spécificités de la garantie « Optique » :

- La monture et les verres remboursés sont pris en charge selon la formule choisie dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) toutes les deux années à compter de la date d'adhésion au contrat, par bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus, même en cas de verres cassés ou perdus. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, cette limitation est ramenée à une année.
- Les lentilles remboursées ou non par le régime obligatoire sont pris en charge selon la formule choisie dans la limite d'un plafond par an et par bénéficiaire.
- Les lentilles remboursées ou non par le régime obligatoire sont pris en charge selon la formule choisie dans la limite d'un plafond par an et par bénéficiaire.
- Un forfait pour la chirurgie réfractive non remboursée par le régime obligatoire est pris en charge dans la limite d'un plafond par œil, par an et par bénéficiaire.

Lorsque le contrat de l'Adhérent le prévoit :

- Garantie casse de lunettes pour les enfants bénéficiaires : Un plafond supplémentaire annuel peut être versé pour un équipement optique d'un enfant bénéficiaire, en cas de casse de sa paire de lunettes et de consommation totale du plafond « optique » pour ce bénéficiaire.
- Garantie verres progressifs : Un plafond supplémentaire peut être versé pour un équipement comprenant des verres progressifs.

5.5. Spécificités de la garantie « Médecine Douce » :

Les actes réalisés par un ostéopathe ou chiropracteur non remboursés par le régime obligatoire, sont pris en charge dans la limite d'un plafond par séance et d'un nombre de séance par an et par bénéficiaire.

5.6. Spécificités de la garantie « Psychomotricien » :

Lorsque le contrat de l'Adhérent le prévoit, les actes réalisés par un psychomotricien et non remboursés par le

régime obligatoire sont pris en charge, dans la limite d'un plafond par séance et d'un nombre de séance par an et par bénéficiaire.

5.7. Spécificités de la garantie « Diététicien » :

Lorsque le contrat de l'Adhérent le prévoit, les consultations de diététicien non remboursées par le régime obligatoire pour les enfants de moins de 20 ans bénéficiaires sont prises en charge, dans la limite d'un plafond par séance et d'un nombre de consultations par an et par bénéficiaire.

5.8. Spécificités de la garantie « Pédicure/podologue » :

Lorsque le contrat de l'Adhérent le prévoit, les actes réalisés par les pédicures podologues non remboursés par le régime obligatoire sont pris en charge, dans la limite d'un plafond par séance et d'un nombre de séance par an et par bénéficiaire.

5.9. Spécificités de la garantie « Cures Thermales » :

Lorsque le contrat de l'Adhérent le prévoit, les frais de transport et d'hébergement engagés dans le cadre de cures thermales prescrites et remboursées par le régime obligatoire, sont pris en charge, sous la réserve d'être également remboursés par le régime obligatoire, dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire.

5.10. Spécificités de la garantie « Appareils auditifs » :

Lorsque le contrat le prévoit, le remboursement d'appareils auditifs prescrits et remboursés par le régime obligatoire est pris en charge dans la limite d'un plafond annuel, par oreille et par bénéficiaire.

5.11. Spécificités des garanties ciblées «Single», «Family», «Senior» :

Lorsque le contrat de l'Adhérent le prévoit, les garanties ciblées, ajoutées automatiquement en fonction de l'âge et de la situation familiale à l'adhésion (single, family ou senior), sont indiquées dans le tableau des garanties joint à son Certificat d'Adhésion.

Les garanties «Single» sont ajoutées automatiquement au contrat si l'Adhérent a moins de 55 ans à l'adhésion et qu'il adhère seul.

Les garanties «Family» sont ajoutées automatiquement au contrat si l'Adhérent adhère avec un ou des enfant(s) bénéficiaire(s). Les garanties «Family» sont également ajoutées automatiquement au contrat si l'Adhérent a moins de 55 ans à l'adhésion et qu'il adhère avec un conjoint bénéficiaire.

Les garanties «Senior» sont ajoutées automatiquement au contrat si l'Adhérent a 55 ans ou plus (qu'il soit seul ou en couple), et qu'il adhère sans enfant bénéficiaire.

Ces garanties ne peuvent être modifiées que sur demande expresse de l'Adhérent, dans le cadre de l'une des situations suivantes :

- L'Adhérent ayant souscrit les garanties «Single» peut demander à bénéficier des garanties «Family» à l'occasion d'ajout de bénéficiaire(s) au contrat (conjoint ou enfant(s) à charge);
- L'Adhérent ayant souscrit les garanties «Single» ou «Family» peut demander à bénéficier des garanties «Senior» à tout moment à partir de son 55^{ème} anniversaire.
- L'Adhérent ayant souscrit les garanties «Senior» peut demander à bénéficier des garanties «Family» à l'occasion de l'ajout d'un enfant à charge bénéficiaire.

A la suite de la modification des garanties ciblées, l'Adhérent perd le bénéfice de celles précédemment acquises.

La demande doit être faite auprès de Solly Azar Assurances et prendra effet à réception de la demande.

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application, les garanties des

formules 1 à 5 et ECO des contrats n°1000 et n°2000 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 du bénéficiaire en cas de non respect du parcours de soins (article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale), de refus d'accès ou de modification au dossier médical personnel (art L.161-36-2 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 au 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale ;
- les franchises médicales appliquées aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports, mentionnées au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 6 – EXCLUSIONS

6.1. Générales

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

- de la pratique par le bénéficiaire de tout sport à titre professionnel, de la participation du bénéficiaire à des paris ou tentatives de record ;
- d'un acte intentionnel de la part du bénéficiaire ou de sa tentative de suicide ;
- de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie du bénéficiaire ;
- les frais engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion ;
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation du bénéficiaire 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 le bénéficiaire 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 :

- les centres de rééducation professionnelle ;
- les hôpitaux thermaux et sections thermales des établissements publics ;
- les instituts médico-pédagogiques ;
- les centres d'aide par le travail ;
- les centres médico-pédagogiques ;
- les établissements de long séjour et les sections de long séjour ;
- les séjours en gérontologie ;
- les maisons d'enfants à caractère sanitaire ;
- les maisons d'accueil spécialisées ;
- la thalassothérapie.

6.3. Relatives aux hospitalisations et traitements suivants
L'Assureur ne garantit pas :

- tous les frais facturés par un chirurgien plastique ou esthétique ;
- la chambre particulière en cas d'hospitalisation à temps partiel ;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites. Toutefois, les

cures médicales thérapeutiques sont prises en charge au titre du poste hospitalisation ;

- 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 aux conditions de l'article 2.

Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés à l'article 6, 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 Assurances.

La cotisation, les frais 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 ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement, dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du Code des Assurances).

Lorsque l'Assureur accepte le paiement fractionné de la cotisation, 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 cotisations ultérieures seront obligatoirement payables annuellement. L'Adhérent devra alors régler l'arriéré dû par tout autre moyen de paiement.

A défaut de paiement de la première cotisation ou d'une cotisation suivante (ou d'une fraction de cotisation) dans les 10 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 30 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 survenues pendant la période de suspension.

L'Assureur a le droit de résilier l'adhésion 10 jours après l'expiration du délai de 30 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 cotisation indiquée au Certificat d'Adhésion est établie selon les déclarations de l'Adhérent à l'adhésion. Elle est fonction de l'âge de chaque bénéficiaire, de la formule choisie, du régime obligatoire dont dépend chaque bénéficiaire, de la composition familiale et de son lieu d'habitation.

Elle peut varier selon 2 cas :

8.1. Variation du tarif à l'échéance anniversaire

Outre les évolutions en fonction de l'âge atteint, les cotisations sont révisables chaque année à l'échéance anniversaire en fonction :

- de l'indice national de la Consommation Médicale Totale
- des résultats techniques enregistrés par les contrats groupe au cours de l'exercice précédent.

8.2. Variation du tarif en cours d'année

L'Adhérent doit informer l'Assureur dans le mois qui suit tout changement générateur d'une modification du tarif :

- du lieu de domicile de l'Adhérent,
- du changement de régime de base du bénéficiaire.

Elles peuvent aussi être réactualisées en cas de modification des remboursements des régimes obligatoires ou de la législation fiscale ou sociale.

En cas de modification du régime de base de la Sécurité Sociale ou de variation d'intervention dans le montant laissé à la charge du bénéficiaire par son régime obligatoire, 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 – MODALITES DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Pour être remboursés, les frais médicaux doivent être :

- expressément prévus dans la formule de garantie mentionnée sur le Certificat d'Adhésion en vigueur à la date des soins,
- prescrits par une autorité médicale qualifiée,
- effectués et/ou prescrits pendant la période de garantie,
- pris en charge par le régime obligatoire sauf cas expressément indiqués dans les tableaux de garanties.

9.1. Justification des dépenses pour les bénéficiaires

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'Adhérent doit adresser à Solly Azar Assurances – Service Gestion Santé – TSA 91417– 92894 NANTERRE CEDEX 9 , dans les 3 mois qui suivent la date des soins :

- 1) Les originaux des décomptes du régime obligatoire;
- 2) Une copie de la prescription médicale et de la feuille de soins pour les garanties des actes et médicaments prescrits mais non remboursés par le régime obligatoire;
- 3) La facture détaillée et acquittée pour les lentilles non remboursées par le régime obligatoire, les prothèses dentaires (où apparaissent le numéro des dents et le type de prothèse réalisé) et l'orthodontie non remboursée par le régime obligatoire et les actes hors nomenclature de la Sécurité Sociale;
- 4) La facture détaillée mentionnant l'intégralité des honoraires en cas d'hospitalisation;
- 5) Les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance;
- 6) L'original de la facture pour le forfait des ostéopathes et chiropracteurs;
- 7) Une copie de la prescription médicale et de la feuille de soins ou facture pour les actes de dépistage et soins préventifs;
- 8) 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 le forfait de naissance;
- 9) Tous documents susceptibles de déterminer la nature et le montant des frais réellement engagés;
- 10) Tout élément permettant de déterminer, selon le cas, le service qui a prodigué les soins au bénéficiaire ou le service dans lequel le bénéficiaire a effectué son séjour;
- 11) En cas de non-utilisation de carte de Tiers Payant, des justificatifs de paiement peuvent être demandés.

Télétransmission

L'Adhérent 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, le bénéficiaire 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'Adhérent 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 Assurances – Service Gestion Santé – TSA 91417– 92894 NANTERRE CEDEX 9 .

Tiers-payant

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Sur les formules ECO, l'Adhérent peut choisir de bénéficier ou non de ce service qui s'applique à l'ensemble des bénéficiaires.

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.

9.2. Paiement des indemnités

Les paiements à l'Adhérent sont effectués en France et en euros, par virement sur un compte bancaire.

9.3. Contrôle des dépenses

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

9.4. Contrôle médical

L'Assureur peut décider de faire examiner le bénéficiaire par un médecin de son choix. Le bénéficiaire 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 le bénéficiaire 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'Adhérent, à la requête de la partie la plus diligente. Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3^{ème} médecin et des frais de sa nomination.

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'Adhérent.

9.7. Principe indemnitaire – Pluralité d'organismes assureurs
Les remboursements ou indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire 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).

ARTICLE 10 – RESILIATION DE L'ADHESION ET CESSATION DES GARANTIES

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

10.1. A l'initiative de l'Adhérent

L'Adhérent peut résilier son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception au moins 2 mois avant chaque échéance annuelle de l'adhésion.

Il peut résilier son adhésion en cours d'année uniquement dans les cas suivants :

- **En cas d'obligation de l'Adhérent de s'affilier auprès d'un autre organisme d'assurance suite à un accord d'entreprise ou une convention collective - en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception. Pour cela, une attestation nominative de l'organisme d'assurance de l'employeur précisant que l'adhésion est obligatoire doit être fournie. La résiliation prend effet un mois après réception de la demande de résiliation.**
- **En cas d'adhésion à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, la résiliation prend effet à la date d'ouverture des droits, avec une rétroactivité maximale de 3 mois. Si des soins de santé étaient effectués postérieurement à la date d'ouverture des droits CMUC, la résiliation prendra alors effet le lendemain du dernier soin remboursé.**
- **En cas de déménagement hors France métropolitaine.**
- **En cas de changement de régime obligatoire entraînant une augmentation tarifaire.**
- **En cas de changement du lieu de résidence entraînant une augmentation tarifaire.**

Pour ces 3 derniers cas, la résiliation de l'adhésion doit être notifiée dans les 3 mois qui suivent l'un des événements et prend effet un mois après la réception de la demande de résiliation (lettre recommandée avec accusé réception).

La notification doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de Solly Azar Assurances. 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 aux 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'Adhérent 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, 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 bénéficiaires, à charge pour eux d'exécuter les obligations dont était tenu l'Adhérent jusqu'à l'échéance principale suivante.

ARTICLE 11 – TERRITORIALITE

La garantie de la présente adhésion s'exerce en France Métropolitaine. Le remboursement des soins effectués à l'étranger est subordonné à la prise en charge par le régime obligatoire. Le règlement des prestations 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 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- 2) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'Adhérent 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'Adhérent 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'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Adhérent 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 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 :

- pourra s'adresser à Prevoir Risques Divers- 19 rue d'Aumale - 75009 Paris, pour les formules 1 à 5 et ECO, qui pourra, si le désaccord subsiste, lui proposer de recourir au Médiateur de FFSA et lui indiquer les modalités à suivre.
- pourra adresser une réclamation au Responsable des Relations Consommateurs de MGARD - 36, rue La Fayette - 75009 PARIS pour la formule hospitalisation seule.

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 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 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 au Groupe Solly Azar.

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

L'Assureur est placé 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. »

- L'article L.112-2-1 II du Code des Assurances énonce notamment :

« Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif 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 l'émission du Certificat d'Adhésion, sous réserve qu'aucune garantie n'ait été mise en jeu.

En cas de renonciation au contrat, il convient d'adresser à Groupe Solly Azar, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception suivant modèle ci-dessous :

« Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse de l'Adhérent] déclare renoncer au contrat d'assurance n° [numéro d'adhésion figurant sur le Certificat d'Adhésion 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 de l'Adhérent] »

ARTICLE 18 – 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).

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

Assurés : personne bénéficiant des garanties du contrat en qualité d'Adhérent et/ou de bénéficiaire(s).

Assureur :

Prévoir Risques Divers-Groupe Prévoir - Entreprise régie par le Code des Assurances, pour les formules 1 à 5 et ECO.

Compagnie MGARD Entreprise régie par le Code des Assurances, pour la formule hospitalisation seule.

Ayant droits : 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 : Personne(s) désignée(s) au Certificat d'Adhésion comme Assuré(es) .

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

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.

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 du bénéficiaire.

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

Ticket modérateur : Fraction de la Base de Remboursement 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.

PREVOIR - RISQUES DIVERS – GROUPE PREVOIR – 19
rue d'Aurnale – 75306 PARIS CEDEX 09 – Entreprise régie
par le Codes des Assurances – Société anonyme au capital de
9 000 000 € entièrement versé – 572 084 051 R.C.S PARIS

MGARD, Société anonyme au capital de 11 000 000 €,
Entreprise régie par le Code des Assurances, Siège social :
36, rue La Fayette - 75 009 PARIS 752 934 083 R.C.S PARIS

CHAPITRE II. EXONERATION DES COTISATIONS EN CAS DE CHOMAGE

ARTICLE 1 – DESCRIPTION DE LA GARANTIE

1.1. Objet de la garantie

La garantie « Exonération des cotisations en cas de chômage » est accordée aux Adhérents du contrat Profil Santé à l'exception de ceux ayant souscrit la formule hospitalisation seule.

Cette prestation est assurée auprès de La CAMEIC, Société d'Assurances Mutuelle à cotisations variables ; 25, rue de Madrid - 75008 PARIS.

Elle a pour objet de garantir à l'Adhérent, en cas de chômage, une indemnité égale à 90% de sa cotisation Frais de santé, dans la limite de 700 € par an.

1.2. Conditions à remplir pour le bénéfice de la garantie

Pour bénéficier de la garantie, l'Adhérent ou son conjoint ou concubin notoire, et pour le premier et seul d'entre eux se trouvant en situation de chômage économique, couverts par le contrat frais de santé, doit réunir les conditions cumulatives suivantes :

- **Avoir bénéficié impérativement de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.), à l'exclusion de tout autre type d'indemnité qui pourrait lui être substituée, depuis une période minimale et continue de 6 mois. A cet effet, seul fait foi de la prise en charge par Pôle Emploi au titre de l'A.R.E., le document de prise en charge par Pôle Emploi précisant sans ambiguïté dans son objet : Avis de prise en charge à l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi, et développant le montant journalier net de l'A.R.E. qui sera servie, le salaire journalier brut moyen sur lequel cette indemnité sera calculée, le point de départ de l'indemnisation, et les jours de différé d'indemnisation et délai d'attente de l'indemnisation.**
- **Avoir fait l'objet d'un licenciement pour cause économique uniquement (lettre de licenciement faisant foi).**
- **Maintenir son adhésion au contrat frais de santé dans lequel cette garantie est incluse, après la date du sinistre.**

ARTICLE 2 – FORMATION, PRISE D'EFFET ET DUREE DE LA GARANTIE

2.1. Durée de la garantie

L'indemnisation au titre de la garantie « Exonération des cotisations en cas de chômage » est acquise pour une durée maximale de 12 mois de date à date. **Elle cesse au 12^{ème} mois qui suit de date à date, celui de la 1^{ère} indemnisation au titre de la garantie « Exonération des cotisations en cas de chômage », et en tout état de cause à partir du jour où l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi n'est plus versée par Pôle Emploi à quelque titre que ce soit.**

2.2. Délai entre deux périodes d'indemnisation

Au cas où l'Adhérent ait déjà bénéficié de l'indemnisation au titre de la garantie « Exonération des cotisations en cas de chômage » pour lui-même ou son conjoint ou concubin notoire couverts par le contrat Frais de santé, **il sera tenu de cotiser au contrat Frais de santé pendant une période minimale de 6 mois avant de pouvoir prétendre à bénéficier de nouveau de l'indemnisation au titre de cette garantie pour lui-même ou l'un de ses ayants-droit couverts par le contrat Frais de santé.**

2.3. Délai de carence

La garantie n'est acquise à l'Adhérent :

- qu'à l'issue d'une affiliation au contrat Frais de santé depuis au minimum 12 mois à la date du licenciement.
- qu'à l'issue d'une indemnisation au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi depuis au minimum 6 mois continus.

2.4. Cas d'un couple d'assurés

Dans le cas d'un couple d'assurés cotisant au contrat frais de santé, la garantie ne s'applique qu'à celui des deux assurés se trouvant le premier en situation de chômage économique indemnisé au titre de la seule allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.) et à l'exception de toute autre allocation à l'Emploi.

2.5. Durée de l'adhésion

La durée de l'adhésion à la garantie « Exonération des cotisations en cas de chômage » suit le sort du contrat Frais de santé dans lequel cette garantie a été incluse.

2.6. Les obligations de l'Adhérent en cas de sinistre

L'Adhérent doit :

- a) donner avis dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans un délai de 10 jours ouvrés, par écrit à l'Assureur : La CAMEIC, Service Relations Extérieures - 25 rue de Madrid, 75008 Paris, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie.
- b) faire parvenir à La CAMEIC dans les plus brefs délais une déclaration de sinistre mentionnant :
 - le numéro de son contrat Frais de santé,
 - qu'il est à jour de ses cotisations au contrat Frais de santé,
 - qu'il maintient son adhésion à son contrat Frais de santé
 - dans le cas d'un couple, que l'Assuré sinistré est bien la première personne indemnisée dans le « couple » payant une cotisation couvrant plusieurs assurés.

La déclaration de sinistre de l'Adhérent doit être accompagnée de :

- la copie de la lettre de licenciement,
- la copie du Certificat d'Adhésion, avec mention de la dernière cotisation maladie TTC payée par l'Adhérent.

2.6.1. Paiement de l'indemnité

L'indemnité sera payée mensuellement et directement à l'Adhérent à réception des documents envoyés par ses soins au service sinistres de l'Assureur et qui sont :

- la copie de l'avis de paiement mensuel de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi délivré par le Pôle Emploi ;
- la copie de l'avis de prélèvement de sa cotisation au contrat santé pour le mois concerné.

Cette opération de paiement est d'une totale neutralité financière pour l'Assureur du contrat Frais de santé qui continue de percevoir de l'Adhérent le montant intégral de la cotisation.

2.6.2. Non-respect des formalités de déclaration d'un sinistre

Pour ce qui concerne le paragraphe a) ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, et sous réserve d'apporter la preuve que le retard de déclaration lui a causé un préjudice, l'Assureur est en droit de priver l'Adhérent sinistré du bénéfice de la garantie pour le sinistre en cause.

Pour ce qui concerne le paragraphe b) ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assureur est en droit de réclamer à l'Adhérent une indemnité proportionnelle au préjudice que ce manquement aura pu lui causer.

2.6.3. Fausse déclaration

En cas de fausse déclaration de mauvaise foi par l'Adhérent sur la nature, les causes et les conséquences d'un sinistre, ou d'utilisation de moyens frauduleux ou de documents inexacts, l'Assureur est en droit de priver l'Adhérent du bénéfice de la garantie pour le sinistre en cause, et de résilier le contrat moyennant préavis d'un mois minimum.

2.7. Cessation de garantie

La garantie cesse de plein droit dès la survenance de l'un des événements suivants :

- en cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance anniversaire du contrat Profil Santé ;
- à la date où l'Adhérent cesse de bénéficier de la garantie santé Profil Santé ;
- En cas de non paiement des cotisations

ARTICLE 3 – EXCLUSIONS

Sont exclues de la garantie les personnes :

- non indemnisées par le Pôle Emploi au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.) ;
- indemnisées par le Pôle Emploi au titre de toute autre allocation que l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.);
- indemnisées par le Pôle Emploi au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.), mais pour toute autre cause qu'un licenciement pour cause économique.

ARTICLE 4 - REGLEMENT DES LITIGES

4.1. Réclamation et médiation

Au cas où la réclamation n'a pu être réglée après épuisement de toutes les procédures de dialogue avec l'Assureur, ainsi que de toutes les possibilités offertes par les éventuelles garanties de défense et recours, l'Adhérent peut, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice, porter sa réclamation devant : *Monsieur le Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances BP 290 75425 PARIS CEDEX 09.*

4.2. Prescription

Conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances, toute action dérivant de ce contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ainsi que dans les cas ci-après :

- Désignation d'expert à la suite d'un événement.
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par l'Assureur à l'Adhérent en ce qui concerne le règlement de la cotisation ; par l'Adhérent à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).
- Citation en justice, même en référé.

Toutefois, ce délai ne court :

1/ en cas de réticence, omission ou 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.

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'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

4.3. Informatique et libertés

Les données personnelles recueillies par l'Assureur sont exclusivement utilisées pour les besoins du suivi du contrat.

Conformément à l'article 2 de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements et données à caractère personnel, l'Adhérent dispose d'un droit d'accès aux informations, en vue de confirmer, modifier, rectifier ou supprimer les données le concernant et figurant sur tout fichier à usage de l'Assureur.

CAMEIC, société d'assurances mutuelle à cotisations variables, Entreprise régie par le Code des Assurances
25 rue Madrid - 75008 Paris

CHAPITRE III. CAPITAL COUP DUR

ARTICLE 1 – DESCRIPTION DE LA GARANTIE

1.1. Objet de la garantie

La garantie « Capital Coup Dur » est accordée uniquement aux Adhérents du contrat Profil Santé ayant souscrit la formule hospitalisation seule.

Cette prestation est fournie par l'Assureur : La CAMEIC, Société d'Assurances Mutuelle à cotisations variables ; 25, rue de Madrid - 75008 PARIS.

Elle a pour objet le versement à l'Adhérent(e) d'un capital forfaitaire de 1 500 euros en cas de premier diagnostic d'un cancer, chez l'Adhérent(e) ou son(sa) conjoint(e).

1.2. Bénéficiaires de la garantie

- L'Adhérent(e) du contrat Profil Santé à la formule hospitalisation seule, âgé(e) de plus de 20 ans et de moins de 60 ans ;
- son(sa) conjoint(e) désigné(e) bénéficiaire au contrat dans le Certificat d'Adhésion, âgé(e) de plus de 20 ans et de moins de 60 ans ;

1.3. Cancers concernés par la garantie

- Pour les femmes : cancer atteignant le sein ou l'appareil reproducteur féminin, c'est-à-dire l'ovaire, l'utérus, le vagin et les organes génitaux externes.
- Pour les hommes : cancer de la prostate.

ARTICLE 2 – FORMATION, PRISE D'EFFET ET DUREE DE LA GARANTIE

2.1. Délai de carence

Les cancers dont le premier diagnostic intervient dans les 6 mois qui suivent la souscription du contrat, ne sont pas garantis.

2.2. Durée de l'adhésion

La durée de l'adhésion à la garantie « Capital Coup Dur » suit le sort du contrat hospitalisation seule dans lequel cette garantie a été incluse.

2.3. Les obligations de l'Adhérent en cas de sinistre

L'Adhérent doit :

- a) donner avis par écrit à l'Assureur : La CAMEIC, Service Relations Extérieures - 25 rue de Madrid 75008 Paris, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans un délai de 10 jours ouvrés, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie.
- b) faire parvenir à La CAMEIC dans les plus brefs délais :
 - la copie de son Certificat d'Adhésion ;
 - un compte-rendu histologique de la tumeur, ainsi que les conclusions de tous les examens anatomopathologiques de la tumeur ;
 - un certificat médical délivré par l'anatomopathologiste ayant diagnostiqué le cancer, et attestant de la nature de l'affection et de son diagnostic.

2.3.1. Paiement de l'indemnité

Le paiement de l'indemnité sera effectué dans les 20 jours qui suivent la réception par l'Assureur du dossier de sinistre mentionné à l'article 2.3.

2.3.2. Non respect des formalités de déclaration d'un sinistre

Pour ce qui concerne le paragraphe a) ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, et sous réserve qu'elle rapporte la preuve que le retard de déclaration lui a causé un préjudice, l'Assureur est en droit de priver l'Adhérent(e) du bénéfice de la garantie pour le sinistre en cause.

Pour ce qui concerne le paragraphe b) ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assureur est en droit de réclamer à l'Adhérent(e) une indemnité proportionnelle au préjudice que ce manquement aura pu lui causer.

2.3.3. Fausse déclaration

En cas de fausse déclaration de mauvaise foi par l'Adhérent(e) sur la nature, les causes et les conséquences d'un sinistre, ou d'utilisation de moyens frauduleux ou de documents inexacts, l'Assureur est en droit de priver l'Adhérent(e) du bénéfice de la garantie pour le sinistre en cause, et de résilier le contrat moyennant préavis d'un mois minimum.

2.3.4. Contrôle médical

Le(s) bénéficiaire(s) a(ont) l'obligation de se soumettre en cas de besoin au contrôle médical des médecins de l'Assureur, sous peine de se trouver déchu(s) de tout droit aux indemnités si après avoir refusé de se soumettre au contrôle du premier médecin, il(s) refusait(ent) d'accepter celui d'un deuxième médecin, sans motif impérieux dûment justifié.

Les renseignements médicaux confidentiels sont adressés, avec l'accord de l'Assureur, directement à son médecin-conseil, qui seul, en prendra connaissance et ne transmettra à l'Assureur que les éléments nécessaires à l'application du contrat.

2.4. Cessation de garantie

La garantie cesse de plein droit dès la survenance de l'un des événements suivants :

- à l'échéance anniversaire suivant le 59^{ème} anniversaire de l'Adhérent principal.
- à la date du premier diagnostic d'un cancer de l'Adhérent(e) ou de son(sa) conjoint(e). Le capital est versé une seule fois par contrat.
- en cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance anniversaire du contrat Profil Santé.
- à la date où l'Adhérent cesse de bénéficier de la formule hospitalisation seule Profil Santé.
- En cas de non paiement des cotisations.

ARTICLE 3 – EXCLUSIONS

Sont exclus de la garantie :

- a) les cancers diagnostiqués chez l'Adhérent(e) ou son (sa) conjoint(e) si l'Adhérent(e) a moins de 20 ans ou plus de 59 ans ;
- b) pour ce qui concerne les femmes :
 - toute autre maladie que les cancers féminins in situ non évolutifs ;
 - les femmes ayant déjà eu le diagnostic d'un cancer y compris ceux n'appartenant pas à la sphère gynécologique ;
 - les cancers féminins garantis dont, le premier diagnostic intervient dans les six mois qui suivent la souscription de la garantie ;
- c) pour ce qui concerne les hommes :
 - tout autre cancer qu'un cancer de la prostate ;

CHAPITRE IV. LA CONVENTION D'ASSISTANCE

Les garanties d'assistance sont accordées aux Adhérents du contrat Profil Santé. Elles sont différentes selon que l'Adhérent bénéficie de la formule hospitalisation seule ou des formules de 1 à 5 et ECO en Frais de santé.

Elles sont fournies par FIDELIA ASSISTANCE Société Anonyme au capital de 21 593 600 Euros entièrement libéré, Régie par le Code des Assurances RCS NANTERRE 377 768 601 Dont le siège est au : 27 Quai Carnot 92210 Saint Cloud.

Conditions de mise en œuvre des prestations d'assistance

Pour bénéficier de ces prestations d'assistance, il est indispensable de contacter, préalablement à toute intervention, FIDELIA Assistance au **01 47 11 66 70**, afin d'obtenir un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge des interventions.

Les assurés doivent impérativement rappeler à l'interlocuteur :

- la référence suivante : **480**

- la formule souscrite en santé (hospitalisation seule ou formules 1 à 5 et ECO).

L'organisation par l'Assuré ou son entourage de l'une des prestations d'assistance énoncées ne peut donner lieu à remboursement que si FIDELIA Assistance a été prévenue de cette procédure et a communiqué son accord par un numéro de dossier.

DEFINITIONS

Accident : Atteinte corporelle soudaine et imprévisible provenant de l'action d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de la personne.

Aidant : Toute personne de la famille ou proche désignée par l'Assuré dépendant et qui l'assiste dans la prise en charge de son état de dépendance.

Animaux de compagnie : Il s'agit des chiens et des chats à l'exclusion de tout autre animal.

Assuré

- Toute personne physique, ayant souscrit une complémentaire santé Profil Santé
- le conjoint, son compagnon en cas de concubinage notoire, ou son partenaire lié par un PACS et vivant sous le même toit que lui,
- les ascendants et descendants fiscalement à charge et vivant sous le même toit que lui.

Atteinte corporelle : Blessure ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du patient ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Domicile : Lieu de résidence de l'Assuré en France Métropolitaine.

Hospitalisation : Tout séjour de l'Assuré pendant une nuit au moins dans un établissement de soins public ou privé, agréé par le Ministère de la santé, à l'exclusion des hospitalisations à domicile.

Immobilisation : Etat consécutif à une maladie soudaine ou un accident entraînant une incapacité à se déplacer hors de son domicile.

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

Maternité : L'état de grossesse, l'interruption de grossesse volontaire ou non, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Nouveau-né : Est considéré comme nouveau-né l'enfant à la naissance jusqu'à 28 jours.

Personne dépendante : Toute personne qui est physiquement (ou mentalement) et/ou financièrement à la charge de l'Assuré, vivant sous le même toit que lui, et déclarée comme telle auprès de l'administration fiscale.

Proches : Les ascendants et descendants au 1er degré, le conjoint, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle sœur de l'Assuré ou à défaut un proche désigné par l'Assuré.

Sinistre : Tout événement justifiant l'intervention de FIDELIA Assistance.

Titre de transport

- Pour les trajets en train dont la durée est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1^{ère} classe.
- Pour les trajets en train dont la durée est supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe touriste.

I. LES GARANTIES D'ASSISTANCE DE LA FORMULE HOSPITALISATION SEULE

Les garanties d'assistance Hospitalisation seule sont accordées uniquement aux Adhérents du contrat Profil Santé ayant souscrit la formule hospitalisation seule.

ARTICLE 1 – CONDITIONS D'INTERVENTION

Les prestations ci-après s'appliquent **dans le cadre d'une hospitalisation imprévue de plus de 4 jours.**

ARTICLE 2 – INFORMATIONS ET VIE PRATIQUE

2.1. Service d'informations sociales

Du lundi au vendredi de 9h à 19h sauf les jours fériés, FIDELIA Assistance met à la disposition un service de l'Assuré pour l'aider et l'informer, dans les domaines tels que :

Social : L'affiliation, les cotisations, la CMU, la maladie, l'accident, le handicap, l'invalidité, les prestations vieillesse, l'accident de travail et la maladie professionnelle, les recours administratifs.

Famille : Les prestations familiales, la fiscalité, les congés, le transport, les aides au domicile, la protection de la jeunesse.

Logement : L'étude du budget, l'état d'endettement, la CAF, l'aide à l'amélioration de l'habitat, le prêt conventionné, le prêt travaux, le droit commun de la location, l'accession à la propriété.

Travail : Le contrat de travail, le travail temporaire, la réglementation du travail, le licenciement, le chômage, le travail à domicile.

2.2. Acheminement des médicaments urgents

Sur appel de l'Assuré, FIDELIA Assistance organise l'acheminement de médicaments au domicile de l'Assuré, y compris la nuit, les samedis, les dimanches et jours fériés, si celui-ci est dans l'incapacité physique de se déplacer, conséquence directe de l'affection en cause, le tout médicalement constaté et attesté, et s'il s'agit de médicaments indispensables au traitement immédiat de l'Assuré selon la prescription médicale.

Cette garantie s'applique si l'Assuré ne peut faire intervenir aucun membre de son entourage.

FIDELIA Assistance n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du domicile de l'Assuré, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Le coût du ou des médicaments et le surcoût dû au jour et à l'heure de l'intervention sont pris en charge financièrement par l'Assuré.

La prise en charge de cette prestation est limitée à **4 interventions par an.**

2.3. Recherche et livraison de matériel médicalisé

A la demande de l'Assuré, et sur prescription médicale, le service d'Assistants Sociales de FIDELIA Assistance organise dans les meilleurs délais, et selon les disponibilités locales, la livraison du matériel médicalisé qui aura été prescrit ou recommandé. Les frais de livraison sont à la charge de l'Assuré.

Ce service est joignable du lundi au vendredi de 9h à 19h, hors jours fériés.

ARTICLE 3 – GARANTIES D'ASSISTANCE A DOMICILE

3.1 En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 4 jours, suite à une maladie ou un accident corporel

3.1.1. Aide ménagère

En cas d'hospitalisation **soudaine et imprévue** de plus de 4 jours de l'Assuré, celui-ci pourra bénéficier des services d'une aide ménagère qui pourra ainsi assurer, tout ou partie de l'entretien courant du foyer, faire les achats quotidiens ou encore préparer les repas.

Cette aide ne pourra dépasser **20 heures réparties :**

- **Soit pendant les 10 premiers jours ouvrés consécutifs sur 2 semaines**, pendant son hospitalisation pour aider les membres de sa famille à faire face, en son absence, aux obligations domestiques qu'ils n'ont pas coutume d'assumer.
- **Soit au cours des 10 premiers jours ouvrés sur 2 semaines** qui suivent le retour de la personne Assurée à son domicile, pour la soulager d'une partie des tâches ménagères qui lui incombent habituellement et que sa convalescence ne lui permet pas d'assumer.

L'Assuré doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de début d'immobilisation.

La durée d'application de cette garantie sera déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Assuré, par le service médical de FIDELIA Assistance.

3.1.2. Garde ou transfert des enfants de moins de 16 ans ou des enfants handicapés

A la suite d'une hospitalisation d'urgence de l'Assuré pour une durée excédant 4 jours, et si aucun Assuré ne peut s'occuper des enfants de moins de 16 ans ou des enfants handicapés, FIDELIA Assistance organise et prend en charge :

- Soit le transfert aller/retour d'un proche parent résidant en France métropolitaine pour garder les enfants au domicile de l'Assuré.
- Soit le transfert aller/retour accompagné des enfants chez un proche parent résidant en France métropolitaine.

Si les solutions ci-dessus ne peuvent convenir :

- leur garde à concurrence de 20 heures réparties sur 10 jours ouvrés sur 2 semaines. Cette aide maternelle pourra assurer la garde à son domicile ou à celui de l'Assuré.

3.1.3. Garde des animaux de compagnie

Si l'Assuré n'a personne à qui confier ses animaux de compagnie, FIDELIA Assistance organise et prend en charge, dans un rayon de 50 km de son domicile :

- Soit la garde des animaux de compagnie dans un établissement spécialisé, sous réserve que ceux-ci aient reçu les vaccinations obligatoires.
- Soit le transfert des animaux au domicile d'un proche.

La prise en charge ne pourra excéder une période de 15 jours par événement avec un plafond maximum de 200 € TTC.

3.1.4. Présence d'un proche au chevet

En cas d'hospitalisation d'urgence de l'Assuré excédant 4 jours et si aucun des proches de l'Assuré ne réside à moins de 50 Km du lieu d'immobilisation, FIDELIA Assistance organise et prend en charge la présence, à son chevet, d'un proche parent résidant en France métropolitaine.

FIDELIA Assistance met à sa disposition un titre de transport aller/retour et rembourse également les frais d'hôtel (petit déjeuner compris) pendant **3 nuits à concurrence de 65 € TTC par nuit. Les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.**

Cette assistance n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été préalablement organisé par FIDELIA Assistance dans les conditions définies ci-dessus (sauf accord exprès de FIDELIA Assistance).

II. LES GARANTIES D'ASSISTANCE DES FORMULES 1 à 5 et ECO

Les garanties d'assistance des formules 1 à 6 et ECO sont accordées aux Adhérents du contrat Profil Santé à l'exception de ceux ayant souscrit la formule hospitalisation seule.

ARTICLE 1 – CONDITIONS D'INTERVENTION

Les prestations ci-après peuvent s'appliquer :

- dans le cadre d'une hospitalisation imprévue de plus de 48 heures ou d'une hospitalisation programmée de plus de 72 heures ;
- lors d'un séjour en maternité de plus de 8 jours ou d'une naissance multiple ;
- en cas d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours,
- en cas d'enfants malades ou accidentés ;
- en cas de traitement de radiothérapie ou chimiothérapie, en cas de coup dur ;
- en cas de situation de dépendance d'un proche dont l'Assuré à la charge ;
- lors de séjours, à titre privé, à l'étranger.

ARTICLE 2 – INFORMATIONS SANTE ET VIE PRATIQUE

2.1 Allo Infos Santé

FIDELIA Assistance met à la disposition des Assurés un Service destiné à les aider à gérer leur capital Santé dans une logique d'information et de prévention.

Dispensé par des « Assistants Santé » encadrés par des médecins, ce Service est à même de leur fournir des informations dans tous les domaines liés à la Santé, notamment dans le cadre des rubriques suivantes :

- **Santé au quotidien** : maladies infantiles, allergies, diététique, vaccination, petits bobos...
- **Mode de Vie** : Facteurs de risques, « Hygiène de Vie » (tabac, alcool, drogues, pollution, alimentation, sports, stress...),

contre-indications courantes (activité, lieu de vie, climat...), hygiène corporelle (bucco-dentaire etc.)...

- **Pathologies** : informations générales (nature, symptômes, traitements...), maladies « orphelines »...
- **Prévention des maladies graves** : quels dépistages, quand et pour quels risques (cancers, problèmes cardio-vasculaires etc.), sensibilisation à certains risques (exposition au soleil...) et conseils appropriés...
- **Techniques nouvelles** : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, trithérapie, transplantations et greffes d'organes, chirurgie ophtalmique...
- **Examens médicaux** : nature des différents types d'examens et analyses (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographies, scintigraphies etc.), indications, normes...
- **Coordonnées utiles** : centres de consultations spécialisées et établissements spécialisés (rééducation, désintoxication, thermalisme etc.), associations de malades...
- **Données administratives** : aides au maintien au domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, structures d'accueil médicalisées...

2.2. Recherche d'un professionnel de santé

En dehors des **cas d'urgence pour lesquels il faut appeler directement le SAMU** ou les pompiers, l'équipe médicale de FIDELIA Assistance peut, **du lundi au vendredi de 9h à 19h sauf les jours fériés**, rechercher les professionnels de santé les plus proches du domicile de l'Assuré.

Les frais de visites ou autres restent à la charge de l'Assuré.

2.3. Aide à la recherche d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Du lundi au vendredi de 9h à 19h sauf les jours fériés sur simple appel téléphonique, FIDELIA Assistance recherche et indique les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui peuvent recevoir les personnes en perte d'autonomie, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.

2.4. Recherche d'établissements temporaires pour les ascendants

Du lundi au vendredi de 9h à 19h (et 24h/24, 7j/7 en cas de nécessité urgente), sur simple appel téléphonique, FIDELIA Assistance recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir temporairement les personnes ayant besoin de soins spécialisés, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.

2.5. Informations sur les CESU (Chèques Emploi Service Universels)

FIDELIA Assistance met à la disposition de l'Assuré, de 9h à 19h, un service de renseignements dans les domaines suivants :

- L'utilisation des CESU (Chèques Emploi Service Universels),
- Une orientation pour toute question de nature administrative, sociale ou fiscale autour du CESU.

2.6. Recherche et mise en relation avec des prestataires agréés « services à la personne »

FIDELIA Assistance met à disposition, du lundi au vendredi de 9h à 19h, un service de renseignements destiné à rechercher et mettre en relation l'Assuré avec des prestataires agréés concernant les activités de « services à la personne » à son domicile.

Les « services à la personne » sont relatifs à l'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle et aux tâches ménagères et familiales.

Les activités proposées sont les suivantes :

- Entretien de la maison et travaux ménagers ;

- Préparation de repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions ;
- Livraison de repas ;
- Assistance aux personnes âgées ou autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, **à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux** ;
- Assistance aux personnes handicapées, y compris les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété ;
- Garde-malade, **à l'exclusion des soins** ;
- Aide à la mobilité et transport de personnes ayant des difficultés de déplacement ;
- Accompagnement des personnes âgées ou handicapées en dehors de leur domicile (promenades, transports, actes de la vie courante) ;
- Livraison de courses à domicile ;
- Soins et promenades d'animaux domestiques, pour les personnes dépendantes ;
- Soins d'esthétique et de coiffure à domicile pour les personnes dépendantes.

Des prestataires de qualité

Les prestataires avec lesquels FIDELIA Assistance vous met en relation sont sélectionnés sur la base d'un cahier des charges incluant notamment des exigences de qualité dans leur domaine de compétence.

Seuls sont "agréés" par nos soins les prestataires qui ont répondu à ces exigences et FIDELIA Assistance procède à un contrôle continu de notre réseau de prestataires.

S'il s'avère que vous êtes mécontent du service rendu par le prestataire, FIDELIA Assistance vous invite à reprendre contact avec sa plate-forme téléphonique pour exprimer ce mécontentement. FIDELIA Assistance s'engage à effectuer un changement de prestataire si la prestation est en cours de réalisation.

FIDELIA Assistance ne peut pas être tenue pour responsable de la qualité des travaux effectués par le prestataire contacté par l'Assuré.

Cette mise en relation ne donne lieu à la perception d'aucun frais et l'Assuré a droit à la commande d'un nombre illimité de prestations.

Cependant le coût de la prestation commandée est à la charge de l'Assuré.

ARTICLE 3 – ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

FIDELIA Assistance intervient lorsque l'Assuré est victime d'un traumatisme psychologique provoqué par une maladie grave, un traitement médical lourd, un décès, un accident ou une maladie donnant lieu à l'achat d'un fauteuil roulant ou tout autre événement traumatisant tel qu'un viol, une agression physique, ou pour avoir assisté en tant que témoin oculaire, à un acte de violence comme un attentat, un acte de terrorisme.

Accueil et consultation psychologique :

FIDELIA Assistance met à la disposition de l'Assuré un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone d'une durée moyenne de 45 minutes.

Suivi psychologique :

A la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, l'Assuré peut bénéficier de **3 nouvelles consultations maximum** effectuées :

- soit par téléphone auprès du même psychologue,
- soit au cabinet d'un des psychologues cliniciens agréés par FIDELIA Assistance, proche du domicile de l'assuré ou, sur demande, auprès d'un psychologue de son choix.

FIDELIA Assistance prend en charge le coût des consultations citées ci-dessous.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue du choix de l'Assuré, FIDELIA Assistance rembourse, sur justificatif, 3 consultations maximum dans la limite de 52 € TTC par consultation.

Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge de l'Assuré.

La prestation « suivi psychologique » est limitée à 1 événement traumatisant par Assuré et par année d'assurance.

Exclusions relatives à l'accompagnement psychologique :
Pour chacune de ces prestations, la garantie n'intervient pas :

- pour un suivi psychologique alors que l'Assuré est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue ;
- dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé ;
- pour les consultations et le suivi psychologique en dehors de la France métropolitaine.

ARTICLE 4 – GARANTIES D'ASSISTANCE A DOMICILE

4.1. En cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours suite à une maladie ou un accident corporel

4.1.1. Recherche et envoi d'un médecin, d'une infirmière ou d'un paramédical

A la demande de l'Assuré, le service médical de FIDELIA Assistance envoie dans les meilleurs délais, et selon les disponibilités locales, un médecin, une infirmière ou un paramédical au domicile de l'Assuré.

Cette garantie s'exerce notamment lorsque le médecin traitant habituel de l'Assuré ne peut être joint.

En cas d'urgence, le service de régulation médicale de FIDELIA Assistance mobilisera les services compétents que constituent : SAMU, Pompiers, Police Secours ou Autres, afin que l'un d'entre eux se rende rapidement au domicile de l'Assuré malade ou accidenté.

Les frais de soins et honoraires de ce médecin, cette infirmière ou du paramédical restent à la charge de l'Assuré.

4.1.2. Transfert à l'hôpital

Si l'Assuré en fait la demande, FIDELIA Assistance recherche une ambulance et organise le transport de l'Assuré malade ou blessé jusqu'à son lieu d'hospitalisation (dans un rayon de 50 km de son domicile) sans aucune prise en charge financière.

4.1.3. Acheminement des médicaments urgents

Sur appel de l'Assuré, FIDELIA Assistance organise l'acheminement de médicaments au domicile de l'Assuré, y compris la nuit, les samedis, les dimanches et jours fériés, si celui-ci est dans l'incapacité physique de se déplacer, conséquence directe de l'affection en cause, le tout médicalement constaté et attesté, et s'il s'agit de médicaments indispensables au traitement immédiat de l'Assuré selon la prescription médicale.

Cette garantie s'applique si l'Assuré ne peut faire intervenir aucun membre de son entourage.

FIDELIA Assistance n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du domicile de l'Assuré, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Le coût du ou des médicaments et le surcoût dû au jour et à l'heure de l'intervention sont pris en charge financièrement par l'Assuré.

La prise en charge de cette prestation est limitée à 4 interventions par an.

4.1.4. Garde des animaux de compagnie

Si l'Assuré n'a personne à qui confier ses animaux de compagnie, FIDELIA Assistance organise et prend en charge, dans un rayon de 50 km de son domicile :

- Soit la garde des animaux de compagnie dans un établissement spécialisé, sous réserve que ceux-ci aient reçu les vaccinations obligatoires.
- Soit le transfert des animaux au domicile d'un proche.

La prise en charge ne pourra excéder une période de 15 jours par événement avec un plafond maximum de 200 € TTC.

4.1.5. Garde ou transfert des enfants de moins de 16 ans, des ascendants et/ou personnes dépendantes

Si l'Assuré est immobilisé à son domicile à la suite d'une maladie ou d'un accident corporel et qu'il ne peut s'occuper de ses enfants âgés de moins de 16 ans et/ou assumer la garde des ascendants et/ou personnes dépendantes vivant habituellement au foyer, FIDELIA Assistance organise et prend en charge :

- Soit le transfert aller/retour d'un proche parent résidant en France métropolitaine pour garder les enfants, les ascendants et/ou personnes dépendantes au domicile de l'Assuré.
- Soit le transfert aller/retour accompagné des enfants des ascendants et/ou personnes dépendantes chez un proche parent résidant en France métropolitaine.
- Soit leur garde à concurrence de **20 heures réparties sur 10 jours ouvrés sur 2 semaines** par une aide maternelle et/ou une personne qualifiée. Cette aide maternelle pourra assurer la garde à son domicile, ou à celui de l'Assuré. La garde des ascendants et/ou personnes dépendantes effectuée par la personne qualifiée dépend de l'immobilisation de l'Assuré au domicile.

4.1.6. Aide ménagère

L'Assuré pourra bénéficier, dès le 1^{er} jour de son immobilisation, des services d'une aide ménagère.

L'aide ménagère pourra ainsi assurer, les jours ouvrés, tout ou partie de l'entretien courant du foyer, faire les achats quotidiens ou encore préparer les repas.

Elle ne pourra dépasser **20 heures réparties sur 10 jours ouvrés sur 2 semaines** qui suivent la date de début d'immobilisation.

L'Assuré doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de début d'immobilisation.

La durée d'application de cette garantie sera déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Assuré, par le service médical de FIDELIA Assistance.

4.1.7. Présence d'un proche au chevet

Si aucun des proches de l'Assuré ne réside à moins de 50 Km du lieu d'immobilisation, FIDELIA Assistance organise et prend en charge la présence, à son chevet, d'un proche parent résidant en France métropolitaine.

FIDELIA Assistance met à sa disposition un titre de transport aller et retour et rembourse également les frais d'hôtel (petit déjeuner compris) pendant **3 nuits à concurrence de 65 € TTC par nuit.**

Les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.

4.2. En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 48 heures ou d'hospitalisation programmée de plus de 72 heures de l'Assuré

4.2.1. Aide ménagère

L'Assuré peut bénéficier des services d'une aide ménagère, à concurrence de **20 heures réparties sur 10 jours ouvrés sur 2 semaines** :

- pendant son hospitalisation pour aider les autres membres de sa famille à faire face, en son absence, aux obligations domestiques qu'ils n'ont pas coutume d'assumer,
- dès son retour au domicile, pour le soulager d'une partie des tâches ménagères qui lui incombent habituellement et que sa convalescence ne lui permet pas d'assumer.

La garantie peut s'appliquer dès le premier jour d'hospitalisation si nécessaire.

L'aide à domicile organisée par FIDELIA Assistance peut assurer tout ou partie de l'entretien courant du foyer, faire les achats quotidiens ou encore préparer les repas.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Assuré, par le service médical de FIDELIA Assistance.

4.2.2. Présence d'un proche au chevet

Si aucun des proches ne réside à moins de 50 km du lieu d'hospitalisation, FIDELIA Assistance met à la disposition d'un proche parent et résidant en France métropolitaine un billet aller/retour afin qu'il vienne à son chevet.

FIDELIA Assistance organise et prend en charge le séjour à l'hôtel de la personne désignée et prend en charge ces frais réellement exposés pendant **3 nuits maximum à concurrence de 65 € TTC par nuit**.

4.2.3. Recherche et livraison de matériel médicalisé

A la demande de l'Assuré, et sur prescription médicale, le service d'Assistants Sociaux de FIDELIA Assistance organise dans les meilleurs délais, et selon les disponibilités locales, la livraison du matériel médicalisé qui aura été prescrit ou recommandé. Les frais de livraison sont à la charge de l'Assuré.

Ce service est joignable du lundi au vendredi de 9h à 19h, hors jours fériés.

Les frais liés à l'achat ou la location du matériel médicalisé sont à la charge de l'Assuré (sauf si cette prestation est prise en charge au titre du contrat de l'Assuré).

4.2.4. Garde ou transfert des enfants de moins de 16 ans, des ascendants et/ou personnes dépendantes

Si l'Assuré ne peut assurer la garde des enfants, âgés de moins de 16 ans, des ascendants et/ou personnes dépendantes vivant habituellement au foyer de l'Assuré FIDELIA Assistance organise et prend en charge :

- Soit le transfert aller/retour d'un proche parent résidant en France métropolitaine pour garder les enfants, les ascendants et/ou personnes dépendantes au domicile de l'Assuré.
- Soit le transfert aller/retour accompagné des enfants, des ascendants et/ou personnes dépendantes chez un proche parent résidant en France métropolitaine.
- Soit leur garde à concurrence de **20 heures réparties sur 10 jours ouvrés sur 2 semaines par une aide maternelle ou une personne qualifiée**. Cette aide maternelle pourra assurer la garde à son domicile ou à celui de l'Assuré.

4.2.5. Garde des animaux de compagnie

Si l'Assuré n'a personne à qui confier ses animaux de compagnie, FIDELIA Assistance organise et prend en charge, dans un rayon de 50 km de son domicile :

- Soit la garde des animaux de compagnie dans un établissement spécialisé, sous réserve que ceux-ci aient reçu les vaccinations obligatoires.
- Soit le transfert des animaux au domicile d'un proche.

La prise en charge ne pourra excéder une période de 15 jours par événement avec un plafond maximum de 200 € TTC.

4.2.6. Transmission des messages urgents

Si l'Assuré en fait la demande, FIDELIA Assistance se charge de retransmettre gratuitement par les moyens les plus rapides, les messages ou nouvelles émanant de celui-ci, à toute personne résidant en France. D'une manière générale, la retransmission des messages est subordonnée à :

- une justification de la demande ;
- une expression claire et explicite du message à retransmettre ;
- une indication précise des nom, prénoms, adresse complète et éventuellement numéro de téléphone de la personne à contacter.

Cette transmission est effectuée sous la responsabilité de l'Assuré.

4.3. En cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie en milieu hospitalier

4.3.1. Accompagnement Social

Le service d'accompagnement social de FIDELIA Assistance :

- informe sur les prothèses et accessoires suite à un traitement de chimiothérapie (maquillage, prothèse mammaire, perruques, etc.),
- renseigne sur les indemnités journalières et informations relatives à la reprise du travail,
- oriente vers des structures ou associations et vers les soins palliatifs,
- informe sur les hospitalisations à domicile (HAD) et sur les aides propres à cette couverture.

4.3.2. Aide ménagère

Pour tout traitement entraînant des séances de chimiothérapie et/ou de radiothérapie en **milieu hospitalier**, FIDELIA Assistance met une aide à domicile à la disposition de l'Assuré (ou de son conjoint).

Cette garantie est accordée pendant la durée du traitement, dans la limite de 15 heures, par année civile (à raison de 2 heures minimum par intervention, dès le 1er jour ou au retour au domicile).

La durée d'application de cette garantie sera déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Assuré, par le service médical de FIDELIA Assistance.

4.3.3. Téléassistance

Si l'Assuré est âgé de plus de 75 ans, pendant sa convalescence après une hospitalisation **supérieure à 15 jours**, et sous réserve de l'accord du service médical de FIDELIA Assistance, il sera mis à sa disposition un appareil de téléassistance pendant une durée de 3 mois.

4.3.4. Service de portage

a. Mise à disposition d'un coiffeur à domicile

Lorsque l'Assuré est immobilisé à son domicile, FIDELIA Assistance peut rechercher et organiser la venue d'un coiffeur à domicile pour l'Assuré.

b. Portage de courses

Lorsque l'Assuré est immobilisé à son domicile, et que ni lui, ni son entourage ne sont en mesure de faire les courses, FIDELIA Assistance peut rechercher et organiser la livraison des courses pour l'Assuré.

4.4. Assistance Maternité

4.4.1. Aide à domicile

Si le **séjour en maternité** de l'Assurée est **supérieur à 8 jours ou en cas de naissance multiple**, l'Assurée peut bénéficier des services d'une aide à domicile, dans les conditions ci-après :

- pendant son séjour en maternité pour aider les autres membres de sa famille à faire face, en son absence, aux obligations domestiques. L'aide à domicile peut ainsi assurer, tout ou partie de l'entretien courant du foyer, faire les achats quotidiens ou encore préparer les repas ;
- à son retour au domicile, pour la soulager d'une partie des tâches ménagères et que sa convalescence ne lui permet pas d'assumer.

Elle ne peut dépasser **20 heures réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs sur 2 semaines** à compter du retour au domicile. Elle peut s'appliquer dès le premier jour si nécessaire.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Assurée, par le service médical de FIDELIA Assistance.

4.4.2. Un service d'Accompagnement Psychologique

FIDELIA Assistance intervient lorsque l'Assurée est victime d'un traumatisme psychologique suite à une fausse-couche, un « baby blues », la naissance d'un prématuré, l'hospitalisation du nouveau-né, le décès de l'enfant.

Accueil et consultation psychologique :

FIDELIA Assistance met à la disposition de l'Assurée un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone d'une durée moyenne de 45 minutes et prend en charge le coût de cette consultation.

Suivi psychologique :

A la suite de cette première consultation, et selon le diagnostic établi, l'Assurée peut bénéficier de **3 nouvelles consultations maximum** effectuées :

- soit par téléphone auprès du même psychologue,
- soit au cabinet d'un des psychologues cliniciens agréés par FIDELIA Assistance, proche du domicile de l'Assurée ou, sur demande, auprès d'un psychologue de son choix.

FIDELIA Assistance prend en charge le coût des consultations.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue du choix de l'Assurée, FIDELIA Assistance rembourse, sur justificatif, 3 consultations maximum dans la limite de 52 € TTC par consultation.

Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge de l'Assurée.

La prestation « suivi psychologique » est limitée à un événement traumatisant par Assurée et par année d'assurance ; **les prestations sont valables dans l'année qui suit l'accouchement de l'Assurée.**

Exclusions relatives à l'accompagnement psychologique : Pour chacune de ces prestations, la garantie n'intervient pas :

- **pour un suivi psychologique alors que l'Assurée est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue ;**

- **dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé ;**
- **pour les consultations et le suivi psychologique en dehors de la France métropolitaine.**

4.4.3. Informations en Puériculture

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi, de 9h à 19h, hors jours fériés et week-end, l'équipe médicale et sociale de FIDELIA Assistance communique à l'Assurée, par téléphone, les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines suivants :

a. Santé :

- Les soins du nouveau-né,
- Les vaccinations du nouveau-né,
- L'alimentation de bébé,
- Evolution et développement de bébé.

b. Modes de garde :

- L'inscription en crèche, établissements et services d'accueil des jeunes enfants, garde à domicile (employés au domicile), assistantes maternelles, aides financières et avantages fiscaux des modes de garde, protection maternelle et infantile.

c. Informations juridiques et administratives :

- Informations juridiques : la filiation légitime, naturelle, adoptive, autorité parentale, obligations alimentaires, assistance éducative, tutelle
- Informations fiscales et démarches administratives : déclaration de naissance, remboursement de Sécurité Sociale des séances de préparation à l'accouchement, congés de naissance ou d'adoption, congé paternité, prestations familiales.

Les renseignements fournis sont d'ordre informatif : l'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale téléphonique ou de favoriser une automédication.

4.4.4. Garde d'enfant de moins de 12 ans en cas d'hospitalisation du nouveau-né

Si le nouveau-né est toujours hospitalisé après sa naissance alors que l'Assurée est revenue à son domicile, FIDELIA Assistance prend en charge une garde d'enfant de **4 heures par jour pendant 3 jours** si aucun proche ne peut s'occuper de ses enfants.

L'Assurée pourra ainsi rendre visite à son bébé hospitalisé le temps de s'organiser.

4.4.5. Garde des enfants de moins de 16 ans ou des personnes dépendantes

En cas de séjour en maternité de plus de 8 jours, et si personne ne peut s'occuper des enfants et/ou des personnes dépendantes vivant habituellement au foyer de l'Assuré, et qu'ils ne peuvent rester temporairement seuls, FIDELIA Assistance organise et prend en charge :

- Soit le transfert aller/retour d'un proche parent résidant en France métropolitaine pour garder les enfants et/ou personnes dépendantes au domicile de l'Assuré.
- Soit le transfert aller/retour accompagné des enfants chez un proche parent résidant en France métropolitaine.
- Soit leur garde par une personne qualifiée à concurrence de **20 heures réparties sur 10 jours ouvrés pendant 2 semaines**, à son domicile ou à celui de l'Assuré.

4.5. Garde des enfants malades ou accidentés de moins de 15 ans

4.5.1. En cas d'immobilisation de l'enfant au domicile de plus de 3 jours

Si le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant immobilisé nécessite la présence d'un proche à son chevet, et que ni l'Assuré, ni son conjoint ou concubin ne peuvent assumer cette tâche, FIDELIA Assistance organise et prend en charge :

- Soit le transfert aller-retour d'un proche parent résidant en France métropolitaine pour garder les enfants au domicile de l'Assuré.
- Soit une garde d'enfant malade au domicile de l'Assuré à concurrence de **20 heures réparties sur 10 jours ouvrés pendant 2 semaines**

L'appréciation du médecin doit nous être confirmée par l'envoi ultérieur d'un certificat médical établi avant l'appel.

Cette garantie ne s'applique qu'une fois les droits à congés épuisés des parents salariés.

4.5.2. En cas d'hospitalisation d'un enfant âgé de moins de 15 ans

Si l'un des enfants de l'Assuré est hospitalisé à la suite d'une maladie ou d'un accident corporel, et que son état nécessite la présence d'une personne à son chevet, et que, ni l'Adhérent, ni son conjoint ou concubin ne sont en mesure de s'occuper des autres enfants vivant au domicile. FIDELIA Assistance organise et prend en charge :

- Soit le déplacement A/R d'un proche parent résidant en France métropolitaine désigné par l'Adhérent ou son conjoint ou concubin pour s'occuper des autres enfants.
- Soit le voyage A/R en France métropolitaine des autres enfants et de l'adulte qui les accompagne ou du prestataire conventionné FIDELIA Assistance si nécessaire, auprès de proches susceptibles de les accueillir ;

OU

- Dans l'hypothèse où aucune de ces solutions ne saurait convenir, FIDELIA Assistance organise et prend en charge la garde des autres enfants au domicile par un intervenant qualifié, **dans la limite de 20 heures réparties sur 10 jours ouvrés pendant 2 semaines.**

Cette garantie ne s'applique qu'une fois les droits à congés épuisés des parents salariés.

4.5.3. Transport domicile école

Si, à la suite d'un accident, l'enfant de l'Assuré est provisoirement handicapé et ne peut se rendre seul à l'école par ses propres moyens de transports habituels, FIDELIA Assistance organise et prend en charge le transport médicalement justifié, en véhicule sanitaire ou taxi, du domicile à son établissement scolaire, **2 fois par jour pendant 5 jours ouvrés maximum avec un plafond maximum de 200 € TTC**, à compter du premier jour d'intervention.

4.5.4. Garantie en cas d'arrêt de travail de la personne salariée en charge des enfants

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile supérieure à 3 jours consécutifs due à une maladie soudaine ou à un accident corporel de la personne salariée en charge des enfants âgés de moins de 15 ans, FIDELIA Assistance organise et prend en charge :

- Soit le transfert aller-retour des enfants chez un proche parent résidant en France métropolitaine.
- Soit le transport aller-retour d'un proche parent résidant en France métropolitaine pour garder les enfants au domicile de l'Assuré.

Et si aucune des solutions ci-dessus ne convient :

- Soit la présence d'une aide maternelle pour garder les enfants au domicile de l'Assuré, à concurrence de **30 heures pendant 3 jours ouvrés consécutifs maximum.**

4.5.5. Ecole continue

FIDELIA Assistance organise et prend en charge une aide pédagogique pour l'enfant, du cours préparatoire jusqu'au baccalauréat, en cas d'accident ou de maladie entraînant une immobilisation à domicile ou à l'hôpital supérieure à 15 jours consécutifs de cours.

Cette aide est fournie dans les matières principales à partir du **16^{ème} jour d'immobilisation à domicile ou à l'hôpital** sans

qu'il y ait reprise des cours (**15 heures par semaine maximum fractionnables à raison de 3 heures par jour, selon le calendrier scolaire et dans la limite des disponibilités locales**), pendant une période d'une durée maximum de 6 semaines.

Le service cesse le dernier jour de l'année scolaire.

Il est demandé un certificat médical indiquant la nature de l'accident ou de la maladie, le fait que l'enfant ne peut se rendre dans son établissement scolaire et la durée présumée de l'immobilisation.

4.5.6. Accompagnement scolaire en cas d'examens

Suite à une absence scolaire de plus de **3 mois de l'enfant assuré**, FIDELIA Assistance prend en charge, à la reprise des cours, un certain nombre d'heures de cours de soutien scolaire dans les matières principales (filiales principales) **pour l'aider à préparer un examen diplômant (baccalauréat, brevet des collèges)** à passer à la fin de l'année scolaire. Cette garantie s'applique jusqu'au baccalauréat ainsi qu'aux filières professionnelles.

Cette prestation est accordée pour une durée de 2 semaines, **avec un maximum de 6 heures par semaine.**

ARTICLE 5 – AIDE AUX AIDANTS

5.1. Si l'aidant, suite à maladie ou accident, ne peut plus assurer son rôle

En cas de besoin, l'Assuré pourra appeler FIDELIA Assistance, du lundi au vendredi de 9h à 19h (24h/24, 7j/7 en cas de nécessité urgente), qui apportera aides et conseils si celui-ci se trouve être l'AIDANT d'une personne dépendante.

5.2. Informations / orientation

FIDELIA Assistance communique à l'Assuré « AIDANT » toutes les informations sur les droits et les démarches consécutifs à l'entrée en dépendance d'un proche, les différentes pistes en termes de soutien et de formation, les associations d'aidants, les sites spécialisés...

De même, FIDELIA Assistance, le cas échéant et sur demande, met en contact l'Assuré avec les organismes concernés.

Les coûts engagés (hors recherche et mise en relation) sont à la charge de l'Assuré.

5.3. Prise en charge temporaire de la personne dépendante

FIDELIA Assistance aide à l'organisation des prestations appropriées (garde malade, aide-soignante...) lorsque l'Assuré « AIDANT » doit s'absenter (vacances, prise de repos...) ou s'il est victime d'un aléa de santé

5.4. Organisation de services domestiques

Après analyse du besoin, FIDELIA Assistance recherche et met en relation l'Assuré « AIDANT » avec des prestataires qualifiés et agréés « Services à la Personne » (ménage, courses, portage de repas, petits travaux d'entretien...)

5.5. Soutien psychologique en faveur des aidants

FIDELIA Assistance organise et prend en charge des consultations avec un psychologue clinicien pour apporter un soutien psychologique à l'Assuré « AIDANT ».

Accueil et consultation psychologique :

FIDELIA Assistance Présence met à la disposition de l'Assuré « AIDANT » un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone d'une durée moyenne de 45 minutes.

FIDELIA Assistance prend en charge le coût de cette consultation ainsi que les frais de téléphone.

Suivi psychologique :

A la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, l'Assuré peut bénéficier de 2 nouvelles consultations maximum effectuées :

- soit par téléphone auprès du même psychologue,
- soit au cabinet d'un des psychologues cliniciens agréés par FIDELIA Assistance, proche du domicile de l'Assuré ou, sur demande, auprès d'un psychologue de son choix.

FIDELIA Assistance prend en charge le coût des consultations. Dans le cas d'un suivi chez un psychologue du choix de l'Assuré, FIDELIA Assistance rembourse, sur justificatif, 2 consultations maximum dans la limite de 52 € TTC par consultation.

Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge de l'Assuré.

La prestation "suivi psychologique" est limitée à 1 événement traumatisant par Assuré et par année d'assurance.

Exclusions relatives à l'accompagnement psychologique.

Pour chacune de ces prestations, la garantie n'intervient pas :

- pour un suivi psychologique alors que l'Assuré est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue ;
- dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé ;
- pour les consultations et le suivi psychologique en dehors de la France métropolitaine.

ARTICLE 6 – ASSISTANCE VOYAGE

Territorialité :

Les garanties d'assistance aux personnes, s'appliquent avec une franchise de 50 km du domicile déclaré, dans le monde entier, à l'exclusion des pays en état de guerre ou en état d'instabilité politique notoire rendant, de ce fait, impossible l'intervention de FIDELIA Assistance.

Ces prestations sont applicables en France, dans les DOM ou à l'étranger, à l'occasion de tous déplacements et séjours à titre privé n'excédant pas 30 jours consécutifs.

6.1. Renseignements

Des renseignements et conseils médicaux à l'étranger pourront être prodigués par les médecins de FIDELIA Assistance :

- lors de la préparation du voyage (attitudes préventives, vaccinations obligatoires et conseillées) ;
- pendant le voyage (choix d'établissement hospitalier) ;
- et au retour du voyage (tout événement médical survenant dans les suites immédiates).

Ces renseignements et conseils ne peuvent, pour autant, être considérés comme des consultations médicales.

De même, des renseignements pratiques, de caractère général, relatifs à l'organisation des voyages pourront être communiqués (formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques...).

6.2. Rapatriement médical

Après appel préalable et obligatoire à nos services à l'exception des interventions de premiers secours.

En cas de maladie grave ou d'accident grave en France, dans les DOM ou à l'étranger.

Aussitôt prévenue, FIDELIA Assistance organise les contacts nécessaires entre son équipe médicale, le médecin local, et éventuellement, le médecin traitant habituel. Dès l'accord de son service médical, FIDELIA Assistance organise et prend en charge le transport, selon la gravité du cas, par les moyens les plus adaptés :

- soit vers le centre hospitalier le plus proche du domicile de l'Assuré et/ou le plus adapté à son état,
- soit vers son domicile en France métropolitaine.

En cas de rapatriement aérien, la prestation est mise en œuvre sous réserve de son admission à bord de l'avion.

Toutefois, FIDELIA Assistance peut refuser son rapatriement lorsqu'un transport aérien présente un danger pour lui-même et/ou pour un enfant.

Seules les exigences d'ordre médical permettent au médecin régulateur de l'Assistance de FIDELIA, après contact avec le médecin traitant sur place, de décider d'un rapatriement médical en arrêtant le choix du moyen de transport, de la date et du lieu d'hospitalisation.

Dans tous les cas, le rapatriement médical doit être précédé de l'accord du Service médical de FIDELIA Assistance.

DISPOSITIONS COMMUNES

1. Lorsque le transport de l'Assuré est pris en charge, celui-ci est tenu de nous restituer le billet de retour initialement prévu ou son remboursement.
2. Un médecin éventuellement commis devra avoir libre accès au dossier médical du patient, afin de réunir les éléments nécessaires à la décision et à l'organisation du transport sanitaire.
3. Sauf impossibilité démontrée, le patient ou son entourage doit nous contacter au plus tard dans les trois jours de survenance de l'événement médical susceptible d'entraîner un rapatriement, faute de quoi, l'Assuré pourra se voir réclamer une indemnité proportionnée au préjudice que ce manquement nous aura fait subir.
4. Aucun transfert ou rapatriement sanitaire ne pourra être pris en charge par l'assistance s'il n'a fait l'objet d'un accord préalable de la Direction Médicale de FIDELIA Assistance.

Seules, les autorités médicales du service d'assistance de FIDELIA Assistance sont habilitées à décider du rapatriement, du choix des moyens de transport et du lieu d'hospitalisation.

Le refus non justifié des décisions par l'Assuré peut entraîner la perte du droit à la garantie « Rapatriement Sanitaire - Transport Médical ».

EXCLUSIONS SPECIFIQUES A LA GARANTIE « RAPATRIEMENT SANITAIRE »

Ne donnent pas lieu au rapatriement :

- **les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sans risque sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son voyage ;**
- **les fractures et entorses bénignes ;**
- **les états consécutifs à une pathologie préexistante et aux complications qui peuvent en découler ;**
- **les maladies chroniques ;**
- **les maladies mentales ;**
- **les interruptions volontaires de grossesse ainsi que les accouchements à terme ou prématurés ;**
- **les affections en cours de traitement ;**
- **les états de convalescence non encore consolidés ;**
- **les accidents liés à la pratique de sports à titre professionnel ;**
- **les transports de première urgence (transports primaires) ;**
- **les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement.**

6.3. Envoi de médicaments

Si pour des raisons imprévisibles liées à son séjour, l'Assuré ne peut obtenir les médicaments nécessaires à la poursuite de son traitement, FIDELIA Assistance communique à l'Assuré une équivalence de médicaments.

Si l'Assuré ne peut obtenir ceux-ci, FIDELIA Assistance **recherche les médicaments nécessaires et les expédie dans les meilleurs délais.**

Le coût des médicaments reste à la charge de l'Assuré.

6.4. Voyage aller-retour d'un proche (franchise 50 KM)

Lorsque l'Assuré blessé, non transportable, doit rester hospitalisé **pendant plus de 7 jours**, et dès lors qu'il est isolé de tout membre de sa famille, FIDELIA Assistance organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche, et participe à son hébergement, à concurrence de **65 € TTC par jour**, pour une durée maximale de **5 jours**.

6.5. Retour des bagages et des animaux de compagnie

A l'occasion du rapatriement d'une personne, les animaux de compagnie qui l'accompagnent, ses bagages à main, sont rapatriés aux frais de FIDELIA Assistance, à concurrence de **100 € TTC**.

La caisse nécessaire au transport par avion de l'animal reste à la charge de l'Assuré.

6.6. L'Assistance en cas de décès

6.6.1. Décès de l'Assuré en déplacement (franchise 50 KM)

En cas de décès de l'Assuré survenu au cours d'un séjour ou d'un déplacement, FIDELIA Assistance organise le transfert de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation en France Métropolitaine à concurrence de **1 500 € TTC**.

FIDELIA Assistance s'occupe de toutes les formalités à accomplir sur place et prend en charge les frais de traitement post-mortem, de mise en bière et de cercueil indispensable au transport, à l'exclusion des frais d'obsèques et d'inhumation.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est du ressort exclusif de FIDELIA Assistance.

Si la présence sur place d'un ayant droit de l'Assuré s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de rapatriement de corps, FIDELIA Assistance met à la disposition de l'ayant droit, un titre de transport aller et retour.

Dans ce cas, FIDELIA Assistance prend en charge, sur justificatifs et à concurrence de **85 € TTC** par jour, les frais d'hôtel du membre de la famille déplacé. Cette prise en charge ne pourra en aucun cas dépasser **220 € TTC**.

Les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.

6.6.2. Retour anticipé en cas de décès

En cas de décès du conjoint (de droit ou de fait), d'un ascendant, d'un descendant, d'un frère ou d'une sœur d'un des Assurés, FIDELIA Assistance organise et prend en charge l'acheminement, sur le lieu d'inhumation ou d'obsèques, en France, des bénéficiaires en déplacement.

6.6.3. Caution pénale à l'étranger

Si l'Assuré est incarcéré ou menacé de l'être à la suite de poursuites pénales engagées contre lui, FIDELIA Assistance fait l'avance de la caution pénale à concurrence de **5 000 € TTC**.

FIDELIA Assistance accorde à l'Assuré pour le remboursement de cette somme, un délai de 3 mois, à compter du jour de l'avance.

Si cette caution est remboursée avant ce délai, par les autorités du pays, elle devra aussitôt être restituée à FIDELIA Assistance.

Si l'Assuré cité devant un Tribunal ne se présente pas, FIDELIA Assistance exigera immédiatement le remboursement de la caution qu'elle n'aura pas pu récupérer du fait de la non-présentation de celui-ci. Des poursuites judiciaires pourront être engagées si le remboursement de la caution n'est pas effectué dans le délai prévu.

FIDELIA Assistance ne garantit pas les faits résultant du trafic de stupéfiants ou de drogues, crime, délit ou infraction d'ordre financier ou fiscal ainsi que de la participation de l'Assuré à des manifestations politiques.

ARTICLE 7 – DISPOSITIONS PARTICULIERES

7.1. Conseil aux voyageurs

• Nous vous recommandons :

Avant votre voyage de :

- vérifier que votre contrat vous couvre pour la destination et la durée de votre voyage ;
- vous renseigner sur les pièces d'identité obligatoires à l'entrée du pays visité (carte d'identité, passeport, visa), et sur les conditions sanitaires (vaccins) ; munissez vous des justificatifs nécessaires ;
- vous procurer auprès de votre Caisse d'Assurance Maladie les documents à emporter pour la prise en charge des frais médicaux pendant votre voyage : Carte Européenne d'Assurance Maladie ou formulaire spécifique, selon les pays.

Pendant votre voyage de :

- transporter vos médicaments dans vos bagages à main afin d'éviter une interruption de traitement en cas de retard ou de perte de bagages ;
- conserver séparément les photocopies recto-verso de vos papiers d'identité et cartes de paiement. Ces photocopies vous seront utiles en cas de perte ou de vol.

- **En cas de maladie ou d'accident**, vous devez contacter FIDELIA Assistance ou nous faire contacter par un tiers dès que possible.

La décision d'assistance appartient exclusivement aux médecins de la Direction Médicale de FIDELIA Assistance, après contact avec le médecin traitant sur place et si nécessaire avec le médecin traitant habituel.

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

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

En cas de nécessité, FIDELIA Assistance organise et prend en charge le transport par avion à la condition que les médecins ou les Compagnies aériennes ne s'y opposent pas.

Exclusion des grossesses pathologiques

Sont exclues les grossesses ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance.

Limite de responsabilité

IMPORTANT :

Les décisions sont prises en considération de votre seul intérêt médical.

Les médecins de FIDELIA Assistance se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec votre médecin traitant habituel, afin de réunir les informations

permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à votre état de santé.

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

Si vous refusez de suivre les décisions prises par le service médical de FIDELIA Assistance, vous déchargerez FIDELIA Assistance de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perdriez tout droit à prestation et indemnisation de notre part.

Par ailleurs, FIDELIA Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.

7.2. Exclusions Générales

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est à la charge des autorités médicales.

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

Sont également exclus :

- Les dommages provoqués intentionnellement par l'Assuré ;
- Toute fraude, falsification ou faux témoignage intentionnel permettra à FIDELIA Assistance d'opposer à l'Assuré la nullité du présent contrat (Article L 113-8 du Code des Assurances) ;
- Les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les interventions ou traitements d'ordre essentiellement esthétique ;
- Les bilans de santé, check-up, examens médicaux faisant partie d'un dépistage à titre préventif, les traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ayant un caractère répétitif et/ou régulier ;
- Les hospitalisations à domicile, celles-ci n'étant pas assimilées à des hospitalisations pour l'application des garanties ;
- Les séjours en maison de repos, de convalescence, centre de gériatrie, hospice, centre de cures médicales, dont le but n'est pas le traitement actif et curatif d'une affection pathologique médicale ou d'une intervention chirurgicale ;
- Les séjours en maison de rééducation (sauf pour rééducation fonctionnelle motrice à la suite d'un accident ou d'une intervention chirurgicale) ;
- Les conséquences de maladies ou accidents causés intentionnellement, ou qui résultent d'un suicide, d'une tentative de suicide ou d'une mutilation volontaire ;
- Les états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants ou produits médicamenteux non prescrits par un médecin ;

7.3. Circonstances exceptionnelles

FIDELIA Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues dans le contrat.

Cependant, FIDELIA Assistance ne peut être tenue pour responsable ni de la non-exécution, ni des retards provoqués :

- par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;
- par la mobilisation générale ;
- par la réquisition des hommes et du matériel par les autorités ;
- par tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées ;
- par les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, etc ;
- par les cataclysmes naturels ;
- par les effets de la radioactivité ;

- par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat.

Dans les zones épidémiques, ne peuvent donner lieu à intervention :

- les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine ;
- les états pathologiques résultant :
 1. d'une maladie infectieuse contagieuse ou de l'exposition à des agents biologiques infectants ;
 2. d'une exposition à des substances chimiques type gaz de combat, incapacitants neurotoxiques, etc. ou à effets toxiques rémanents ;
 3. d'une contamination par radio nucléides.

FIDELIA Assistance ne pourra en aucun cas se substituer aux services de secours publics.

Fidélia Société anonyme au capital de 21 593 600 Euros entièrement libéré, Régie par le Code des Assurances RCS NANTERRE 377 768 601. Siège social est au : 27 Quai Carnot 92210 SAINT CLOUD



Groupe Solly Azar, SAS au capital de 200 000 €, 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