

ATOUT+ Particulier

Frais de santé / Prévoyance

CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION COMMUNES AUX CONVENTIONS :

Frais de santé (Formule 1 à 6 régime de base) : 0033623 / 0033625 Atout+ Particulier
Responsable et Solidaire
Frais de santé (Formule 6 – renforts) : 0033624 Atout+ Particulier Solidaire
Option décès accidentel : 0033628 Atout+ Particulier Solidaire

Assurées par QUATREM

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| PARTIE 1 - LES DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONVENTIONS | 6 |
| TITRE I LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DES CONVENTIONS | 6 |
| 1.1. Caractère de l'adhésion et nature du contrat | 6 |
| 1.2. Objet du contrat | 6 |
| 1.3. Prise d'effet, durée, renouvellement et résiliation | 7 |
| 1.4 Cessation des garanties | 8 |
| 1.5 Références légales | 8 |
| 1.6 Obligation d'information par le souscripteur | 9 |
| 1.7 Modification du contrat | 9 |
| 1.8 Renonciation | 10 |
| 1.9 Bénéficiaires des garanties santé | 11 |
| 1.10 Obligations du souscripteur | 11 |
| 1.11 Obligations incombant à l'organisme assureur | 12 |
| 1.12 Dispositions diverses | 12 |
| TITRE II COTISATIONS | 15 |
| 2.1 Assiette et montant de la cotisation | 15 |
| 2.2 Indexation | 15 |
| 2.3 Modalités de paiement | 15 |
| 2.4 Défaut de paiement | 15 |
| TITRE III – GARANTIES FRAIS MEDICAUX ET FRAIS CHIRURGICAUX | 17 |
| 3.1 Objet de la garantie | 17 |
| 3.2 Prestations | 17 |
| 3.3 Règlement des prestations | 18 |
| PARTIE 2 - LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA CONVENTION | 27 |
| n° 0033623 / 0033625 Atout+ Particulier Responsable et Solidaire (Formules 1 à 6) | 27 |
| 1. Les conditions et les formalités de souscription au contrat | 27 |
| 2. Convention Solidaire et Responsable | 27 |
| 3. Précisions sur les garanties optiques, dentaires et les aides auditives : | 28 |
| PARTIE 3 - LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA CONVENTION | 32 |
| Santé : 0033624 Atout+ Particulier Solidaire (Formule 6 – renforts) | 32 |
| 1. Conditions et formalités de souscription au contrat | 32 |
| 2. Convention solidaire et non responsable | 32 |
| 3. Précisions sur les garanties optiques, dentaires et les aides auditives : | 32 |
| PARTIE 4 - LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA CONVENTION | 36 |
| Décès accidentel : 0033628 Atout+ Particulier | 36 |
| 1. Objet du contrat | 36 |
| 2. Conditions et formalités de souscription au contrat | 36 |
| 3. La garantie « décès accidentel » | 37 |

LEXIQUE

Dans le présent contrat, les termes suivants sont utilisés :

| | |
|----------------------------|--|
| L'assureur | QUATREM - SA au capital de 510 426 261 euros - régie par le code des assurances, 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris - Société du groupe Malakoff Humanis. |
| Organisme assistant | AUXIA Assistance , SA au capital de 1 780 000 euros – Entreprise régie par le Codes assurances – Siège social 21 rue Laffitte 75009 Paris – 351 733 761 RCS Paris. N° de convention 420 12 22 |
| Le souscripteur | La personne physique répondant aux conditions objet de l'article 1.1 (Conditions de souscription au contrat) de la Partie 2 (contrat complémentaire) ou de la Partie 3 (contrat « complémentaire renforcé »), et de l'article 2.1 (Conditions de souscription au contrat) de la Partie 4 adhérant au contrat. Le souscripteur est de fait la personne souscriptrice du contrat. |
| L'assuré | Le souscripteur et ses ayants-droit admis à l'assurance sur qui repose le risque assuré. |
| Les ayants droit | Le conjoint : <ul style="list-style-type: none">• l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),• ou à défaut, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code Civil,• ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code Civil, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS). Les enfants à charge : <p>Les enfants sont à charge du souscripteur, de son conjoint ou concubin, dès lors qu'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• être âgés de moins de 21 ans,• bénéficié d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle,• être fiscalement à la charge du souscripteur, de son conjoint ou concubin, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que le souscripteur, son conjoint ou concubin déduit fiscalement de son revenu global. <p>Cette limite d'âge est portée à 28 ans pour leurs enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC,• s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage,• s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré. <p>La limite d'âge est supprimée pour ses enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge prévue ci-dessus (21 ou 28 ans sous conditions).</p> |
| Les bénéficiaires | <ul style="list-style-type: none">• Le souscripteur• Ses ayants-droit tels que définis ci-avant. |
| Accident | Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré. |
| Actes | Les actes pris en considération sont ceux : <ul style="list-style-type: none">• référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement. non référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures mais expressément prévus aux conditions particulières qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET ou ADELI. |

| | |
|--|---|
| Base de remboursement de la Sécurité sociale | Le tarif défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. |
| Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | <p>Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).</p> <p>Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.</p> |
| Dispositif MonPsy | <p>La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoit la prise en charge de séances d'accompagnement psychologique dans le cadre du dispositif « MonPsy ».</p> <p>Depuis le 5 avril 2022, votre contrat rembourse le ticket modérateur des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif.</p> |
| Maladie | Désigne toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. |
| Maternité | Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité |
| Régime obligatoire d'assurance maladie | Le régime général d'assurance maladie de l'assuré tel que défini au présent lexique. |
| Prestations en nature | Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les bénéficiaires. |
| Parcours de soins | <p>Passage par un médecin traitant choisi par l'assuré avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue, stomatologue ainsi que psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à moins de 26 ans).</p> <p>Le non-respect du parcours de soin engendre la majoration du ticket modérateur, laquelle ne sera pas pris en charge par l'assureur.</p> |
| Participation forfaitaire (Article L.160-13 du code de la Sécurité sociale) | <p>1. Participation forfaitaire :</p> <p>Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale à la charge des bénéficiaires qui concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques.</p> <p>Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'assureur.</p> <p>2. Participation forfaitaire « actes lourds »</p> <p>Ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'Etat et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.</p> <p>Cette participation forfaitaire est remboursée par l'assureur.</p> |
| Franchise (Article L.160-13 du code de la Sécurité sociale) | <p>La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire sur les frais pharmaceutiques, les actes des auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.</p> <p>La franchise n'est pas remboursée par l'assureur.</p> |
| Secteur conventionné | L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la Sécurité sociale. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge des bénéficiaires, sauf en cas de prise en charge totale ou partielle par l'organisme assureur. |

| | |
|--|--|
| | L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée. |
| Secteur non conventionné | L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par le régime obligatoire est alors effectué sur une base minorée. |
| Service Médical Rendu (S.M.R) | Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par le régime obligatoire. |
| Sinistre | Dans le cadre du risque frais de santé, il s'agit de la survenance des soins. Dans le cadre du risque prévoyance, il s'agit du décès de l'assuré par accident tel que défini au présent Lexique. |
| Base de remboursement du régime obligatoire | Le montant défini par le régime obligatoire pour rembourser les frais médicaux. |
| Ticket Modérateur | Participation de l'assuré aux tarifs définis par le régime obligatoire pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite ou supprimée dans certains cas mentionnés à l'article R 160-16 du Code de la Sécurité sociale. |
| UNOCAM | <p>Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, association, fondée le 23 mai 2005, représente à travers ses membres tous les opérateurs en assurance maladie complémentaire. Ces derniers échangent et se concertent pour construire des positions communes sur toute question relative à l'assurance maladie et à l'évolution du financement du système de santé. Dans ce cadre, l'UNOCAM a établi un « glossaire » explicatif des termes utilisés par les différents acteurs permettant aux assurés de mieux comprendre leurs garanties.</p> <p>Ce « glossaire » est consultable sur : https://www.unocam.fr/files/Glossaire.pdf.</p> |
| Reste à charge | <p>Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement du régime obligatoire. Il est constitué :</p> <ul style="list-style-type: none"> • du ticket modérateur, étant rappelé que la participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'assureur, • de l'éventuel dépassement d'honoraires. |
| Age de l'assuré | Il s'agit de l'âge réel de l'assuré à la date d'effet du contrat et à la date de modification du contrat. |
| Convention « complémentaire santé » | Garanties souscrites au titre du contrat « complémentaire frais de santé » n°0033623/0033625. Il s'agit d'une convention responsable et solidaire qui intervient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire. |
| Convention « complémentaire santé renforcée » | Garanties pouvant être souscrites au titre de la Convention « complémentaire santé renforcée » frais de santé n°0033624 permettant de renforcer les garanties de la formule 6 de la Convention Complémentaire santé « régime de base » n°0033623/0033625. Il s'agit d'un contrat non responsable qui intervient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le contrat d'assurance maladie complémentaire (contrat complémentaire n°0033623/0033625) dans la limite des frais réels. |
| Convention Optionnelle « Décès accidentel » | Garanties pouvant être souscrites au titre du contrat optionnel prévoyance n°0033628 (Partie 4). |
| Forfait Patient Urgence | <p>La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a prévu la mise en place du forfait patient urgence pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.</p> <p>Désormais, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les actes et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que l'était celui du ticket modérateur.</p> |

PARTIE 1 - LES DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONVENTIONS

TITRE I LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DES CONVENTIONS

Les présentes dispositions communes (Partie 1) s'appliquent pour la souscription d'une ou de plusieurs conventions. Lorsque plusieurs conventions sont souscrites, celles-ci sont juridiquement distinctes, un numéro de convention propre leur est attribué.

En complément des dispositions communes exposées à la présente Partie 1, s'appliquent les dispositions spécifiques :

- à la convention « complémentaire santé » n° 0033623/0033625 Atout+ Particulier Responsable et Solidaire (Formules 1 à 5 de base) de la Partie 2,
- et le cas échéant si ces conventions sont souscrites :
 - à la convention n° 0033624 Atout+ Particulier Solidaire (Formule 6 – renforts) de la Partie 3,
 - et à la convention décès accidentel n° 0033628 Atout+ Particulier Solidaire (Partie 4).

1.1. Caractère de l'adhésion et nature du contrat

Le contrat souscrit par le souscripteur auprès de l'assureur est, selon les modalités rappelées aux conditions particulières, un contrat d'assurance à adhésion individuelle.

Le contrat souscrit relève des conventions qui sont de nature :

- « Complémentaire santé » n°0033623 / 0033625 responsable et solidaire (Convention « complémentaire santé » tel que défini au Lexique),
- Puis « complémentaire santé renforcée » non responsable (Convention « complémentaire renforcée » tel que défini au Lexique) n°0033624. Cette convention intervient en complément de la formule 6 de la convention n°0033623/0033625,
- Et optionnelle n°0033628 « Décès accident » (Convention optionnelle « décès accidentel » tel que défini au Lexique)

Les conventions sont juridiquement distinctes.

1.2. Objet du contrat

Le contrat est un contrat d'assurance à adhésion individuelle, souscrit par la personne physique remplissant les conditions d'adhésion définies aux 1 des Partie 2 (pour la Convention « Complémentaire santé » n°0033623/0033625), Partie 3 (pour le contrat « complémentaire renforcé » n°0033624), et Partie 4 (pour la Convention Décès n°0033628).

Les conventions santé n°0033623/0033625 et n°0033624 ont pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité par le souscripteur et/ou de ses ayants droit au sens du contrat.

La convention décès accidentel optionnelle n°0033628 a pour objet la couverture du risque décès par accident du souscripteur. Les dispositions spécifiques sont prévues à la Partie 4 de la présente notice d'information.

Le contrat est régi par le code des assurances et notamment ses articles L141-1 et suivants et relève des branches 1 (accidents) et 2 (maladie) de l'article R321-1 du code des assurances.

Les présentes conditions générales « Atout + Particulier » exposent les dispositions communes (Partie 1), complétées des dispositions spécifiques applicables au contrat choisi (Partie 2 et/ou Partie 3 selon le contrat santé et Partie 4 pour le contrat décès accidentel optionnel).

- Pour la convention « complémentaire santé » n°0033623/0033625, les dispositions communes (Partie 1) sont complétées par les dispositions spécifiques de la Partie 2,
- Pour la convention « complémentaire renforcée » n°0033624, les dispositions communes (Partie 1) sont complétées par les dispositions spécifiques de la Partie 3,

- Pour la convention optionnelle décès accidentel n°0033628, les dispositions communes (Partie 1) sont complétées par les dispositions spécifiques de la Partie 4.

Le contrat est composé des présentes conditions générales valant notice d'information et des conditions particulières détaillant les conventions souscrites. Il définit les engagements réciproques du souscripteur et de l'assureur et notamment les modalités d'entrée en vigueur des garanties ainsi que les formalités à accomplir pour le paiement des prestations.

Le contrat ouvre droit à des garanties d'assistance. Lorsque ces garanties sont souscrites, la notice d'information de l'assisteuse est jointe au contrat.

Le montant de la cotisation relative à la garantie assistance respecte le plafond de la doctrine administrative permettant au souscripteur de bénéficier des exonérations de cotisations sociales conformément à l'article L.242-1 du Code de la sécurité sociale.

1.3. Prise d'effet, durée, renouvellement et résiliation

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières sous réserve qu'il soit régularisé et retourné signé à l'organisme assureur dans les deux mois à compter de sa date d'émission.

Le contrat conclu entre le souscripteur et l'assureur est souscrit pour une période d'un an à compter de la date d'effet mentionnée aux conditions particulières. Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction à cette date pour des périodes successives d'un an.

Pour le souscripteur et les bénéficiaires, sous réserve qu'ils répondent à la définition prévue à l'article 1.8. (Bénéficiaires des garanties santé) et que les cotisations soient payées, les garanties démarrent à la date d'effet stipulée sur les conditions particulières.

Au cours du contrat, le souscripteur a la faculté de modifier les garanties de l'ensemble des bénéficiaires. Cette modification donne lieu à l'envoi d'un avenant aux conditions particulières.

1.3.1. RESILIATION A L'INITIATIVE DE L'ORGANISME ASSUREUR

L'organisme assureur peut résilier le contrat DEUX (2) mois au moins avant chaque date de renouvellement (le cachet de la poste faisant foi). La résiliation s'effectue par lettre recommandée.

Le contrat prend fin en cas de résiliation conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles de l'article 1.5 (Ajustement du contrat) et de l'article 2.4 (Défaut de paiement) du présent titre.

1.3.2. RESILIATION A L'INITIATIVE DU SOUSCRIPTEUR

Avant expiration d'un délai d'un an, le souscripteur peut résilier le contrat DEUX (2) mois au moins avant chaque date de renouvellement (le cas échéant le cachet de la poste faisant foi).

Les dispositions ci-après s'entendent dans les conditions définies par la loi 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et de ses textes d'applications. Seules les conventions n°0033623 / n°0033625 et n°0033624 sont ainsi concernées.

Après expiration d'un délai d'un an, le souscripteur peut résilier le contrat sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet à défaut d'accord des parties un (1) mois après la réception par l'assureur de la notification. La résiliation du contrat de base emporte résiliation du renfort.

La notification de la résiliation peut être effectuée au choix du souscripteur :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

L'article 17 de la loi n°2022-1158 du 16 août 2022, prévoit la possibilité de résilier le contrat par voie électronique à compter du 1er juin 2023.

A cet effet, la demande de résiliation du contrat peut être formulée directement sur le site internet <https://sante-espaceparticuliers.atoutmh.com/> notamment.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Le contrat prend fin en cas de résiliation conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles de l'article 1.5 (Ajustement du contrat) et de l'article 2.4 (Défaut de paiement) du présent titre.

Dans le cas où le souscripteur résilie un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, le nouvel organisme assureur peut effectuer - pour le compte de l'association souscriptrice les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au contrat. Dans ce cas, les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des adhérents durant la procédure.

1.4. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

Pour le souscripteur :

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions objet de l'article 1.1 (Conditions de souscription au contrat) de la Partie 3 ;
- à la date résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.3. (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat) de la Partie 1,
- à la date de résiliation du contrat complémentaire tel que défini au Lexique,
- au jour du décès du souscripteur.

Pour ses ayants-droit :

- à la même date de cessation des garanties prévues pour le souscripteur prévues à l'article 1.3 (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat) de la Partie 1,
- à la date à laquelle ils sont radiés ou ils perdent le statut de bénéficiaire tel que défini à l'article 1.8 (Bénéficiaires des garanties santé) de la Partie 1.

1.5. Références légales

1.5.1. LES OBLIGATIONS DE DECLARATION

Les déclarations du souscripteur servent de base à l'application des garanties.

Fausse déclaration

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur entraînerait l'application des articles L113-8 et L113-9 du code des assurances qui prévoient :

- **Article L113-8 « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »**

L'assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

- **Article L113-9 « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »**

Déchéance

Le souscripteur ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'assureur.

1.5.2. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est irrecevable au terme d'un délai de DEUX ANS à compter de l'évènement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et L114-2 du code des assurances qui prévoient :

- Article L114-1 « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

- Article L114-2 « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription [reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil), citation en justice, même en référé (article 2241 du Code civil)] 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 ou d'un envoi recommandé électronique, adressé par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

1.6. Obligation d'information par le souscripteur

En cas de changement de la situation de famille, la liste des personnes retenues à l'adhésion peut être modifiée par le souscripteur pour tenir compte de l'évolution de sa situation familiale :

- mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant à charge,
- décès d'un ayant droit, divorce, séparation de corps (judiciaire ou amiable), dissolution d'un PACS, séparation des concubins,
- déménagement.

Le souscripteur devra notifier ce changement à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'évènement et lui communiquer les informations administratives correspondantes, afin qu'elles soient prises en compte dans le contrat. Il recevra en retour un avenant au contrat tenant compte de sa nouvelle situation.

1.7. Modification du contrat

1.7.1. EVOLUTIONS REGLEMENTAIRES

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la **notification de la modification**. **Le souscripteur peut toujours refuser la proposition en respectant les « Modalités de révision » prévues au contrat ».**

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée au contrat, le souscripteur peut toujours refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L113-14 du Code des assurances**. Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre ou tout autre support durable de l'organisme assureur, l'organisme assureur considérera que le souscripteur a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer.

1.7.2. RESULTATS DU CONTRAT

Si une évolution des résultats techniques de l'ensemble des assurés relevant de la même convention ou une aggravation du risque vient à entraîner une modification des engagements de l'organisme assureur, celui-ci se réserve la possibilité de modifier le contrat et/ou de réviser les cotisations à l'échéance annuelle du contrat.

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations **le souscripteur peut refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente jours qui suivent la réception dudit courrier en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 1.3.**

L'adhésion du souscripteur et de ses ayants droit prend alors fin dans les dix jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours suivant l'envoi de la notification par lettre recommandée de l'assureur, l'assureur considérera que le souscripteur a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date de prise d'effet de cette modification ou de cette révision, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

1.7.3. MODIFICATION A LA DEMANDE DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur peut ajouter ou supprimer des bénéficiaires à chaque échéance mensuelle.

Chaque année à la date d'anniversaire du contrat, **sous réserve d'en faire la demande à l'assureur au moins TRENTE jours avant cette date**, le souscripteur peut demander à modifier sa formule de garantie.

Le souscripteur modifie alors son adhésion en conséquence. **La modification de l'adhésion sera rendue effective par la signature d'un nouveau certificat d'adhésion.**

La modification du contrat prend effet après accord exprès de l'assureur matérialisé par l'établissement d'un avenant aux conditions particulières qui indique notamment la date de prise d'effet de la modification, la nouvelle formule de garantie souscrite, les bénéficiaires des garanties et la cotisation à cette date. Celle-ci sera calculée conformément aux critères mentionnés à l'article 2.1. (Assiette et montant de la cotisation) de la Partie 1. Le paiement correspondant à la nouvelle cotisation sera adapté aux nouvelles conditions.

Si le souscripteur ne retourne pas l'avenant au contrat signé de l'assureur au plus tard à la date d'effet de la modification ou si l'assureur refuse la modification, le souscripteur reste garanti dans les conditions prévues antérieurement à sa demande de modification.

1.8. Renonciation

1.8.1. CAS GENERAL

Conformément à l'article L132-5-1 du code des assurances, le souscripteur peut renoncer à son adhésion dans un délai de TRENTE jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à VINGT-QUATRE (24) heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Cette renonciation doit être notifiée à l'assureur par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique accompagné de la carte de tiers payant qui a été envoyée.

Dans ce cas, le versement effectué par le souscripteur lui sera intégralement remboursé dans les TRENTE (30) jours calendaires révolus suivant la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.

Le contrat cesse de produire ses effets à compter du jour d'envoi de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé

électronique de renonciation. **Dans ce cas, tout remboursement de quelque nature que ce soit, qu'il ait été effectué par l'assureur directement au praticien ou au souscripteur, devra être remboursé par le souscripteur.**

1.8.2. CAS PARTICULIERS

DEMARCHAGE A DOMICILE

Conformément à l'article L112-9 du code des assurances : « 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 ou par envoi recommandé électronique 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'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. Le souscripteur est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Le solde est remboursé par l'assureur au plus tard dans les TRENTE jours suivant la date de résiliation. Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un événement mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

CONCLUSION DE LA SOUSCRIPTION A DISTANCE

Conformément à l'article L112-2-2 du code des assurances, le souscripteur dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, ce délai commençant à :

- a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu,
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).

1.8.3. MODELE DE REDACTION DE LA LETTRE DE RENONCIATION

Pour exercer son droit de renonciation, le souscripteur peut utiliser le modèle de rédaction suivant :

« Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à ma souscription au contrat numéro (indiquer ledit numéro), souscrit le (date d'effet du contrat), par l'intermédiaire de (nom du conseiller en assurance), en application des dispositions de l'article L 112-2-2 du code des assurances (cas de souscription à distance). »

1.9. Bénéficiaires des garanties santé

Outre le souscripteur, peuvent bénéficier des garanties **sous réserve qu'ils soient mentionnés aux conditions particulières et que les cotisations correspondantes soient payées, les personnes ci-après, ayants droit au sens du contrat, sous réserve qu'elles répondent aux définitions mentionnées au lexique :**

- son conjoint ou son partenaire de PACS ou son concubin,
- ses enfants à charge.

1.10. Obligations du souscripteur

Le souscripteur s'oblige à procéder aux formalités suivantes :

Lors de la souscription au contrat :

A compléter et signer la demande de souscription, renseigner les ayants droit tels que définis au lexique, et fournir :

- un relevé d'identité bancaire (RIB) ou relevé d'identité de caisse d'épargne (RICE) le cas échéant pour le paiement des cotisations et le versement des prestations ainsi que le mandat SEPA,
- une copie de sa carte nationale d'identité ou passeport en vigueur,
- un certificat de scolarité ou d'apprentissage justifiant la poursuite d'études le cas échéant,
- pour chaque bénéficiaire la photocopie de l'attestation d'assurance maladie jointe à la carte vitale,
- toute pièce que l'assureur jugerait nécessaire à la souscription.

La demande de souscription accompagnée des pièces justificatives est communiquée à l'assureur ou son représentant au plus tard à la date de prise d'effet des garanties.

Un exemplaire des conditions particulières signées manuellement ou électroniquement doit être communiqué signé à l'assureur dans les **TRENTE** jours qui suivent sa date d'émission.

Seules les pièces contractuelles portant la signature d'un représentant habilité de la compagnie engagent l'assureur.

En cours de contrat, le souscripteur s'oblige :

- à régler les cotisations à l'assureur,
- à communiquer :
 - tout nouvel élément ayant pour conséquence de modifier la nature ou l'importance des risques, ou d'en créer de nouveaux, et de rendre inexacts ou caduques les déclarations faites lors de l'adhésion au contrat notamment le changement d'activité ou de situation personnelle,
 - les pièces justificatives demandées pour le versement des prestations frais de santé conformément à l'article 3.3.3. (**Pièces justificatives pour le paiement des prestations**) des présentes conditions générales.
 - **sur demande de l'assureur, à tout moment :**
à justifier par tous moyens que son conjoint, son partenaire de Pacs, son concubin, ses enfants à charge répondent bien à la définition contractuelle en fournissant notamment :
 - une copie du contrat d'apprentissage ou de qualification pour les apprentis de **moins de 28 ans** et fiscalement à charge,
 - le certificat de scolarité pour l'année en cours pour les étudiants **de moins de 28 ans** et fiscalement à charge,
 - le certificat de scolarité + copie du contrat de travail pour les enfants reconnus handicapés **avant leur 21ème anniversaire**,
 - la copie de la carte d'invalidité ou carte de mobilité inclusion avec mention invalidité ou copie d'attestation CDAPH pour les étudiants de moins de 28 ans avec revenu < à 65% du SMIC d'activité,
 - la copie de la dernière attestation de paiement Pôle Emploi pour les enfants primo demandeurs d'emploi de moins de 28 ans,
 - tout justificatif nécessaire à la mise à jour du contrat.
 - **En cas d'évènement ouvrant droit aux prestations décès accidentel :**
les pièces nécessaires au règlement des prestations, telles qu'elles sont énumérées à l'article 4.7 « Pièces justificatives décès accidentel » de la Partie 4 des présentes conditions générales.

Le souscripteur qui bénéficie de la convention « complémentaire santé » n°0033623/0033625 a la possibilité de souscrire au contrat « décès accidentel » optionnel n°0033628. Le souscripteur qui souhaite adhérer à la convention « complémentaire santé renforcée » n°0033624 doit bénéficier effectivement du contrat « complémentaire santé » n°0033623/0033625. En souscrivant à la formule 6 de la convention « complémentaire santé » n°0033623/0033625, le souscripteur obligatoirement à la convention « complémentaire santé renforcée » n°0033624.

L'acceptation du risque par l'assureur est constatée par l'émission de conditions particulières qui confèrent au souscripteur la qualité d'assuré. A défaut de signature de l'avenant aux conditions particulières, ou si l'assureur refuse la modification, le souscripteur et ses ayants-droit restent garantis dans les conditions antérieures à la demande de modification.

L'assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui sont transmises par le souscripteur du contrat.

1.11. Obligations incombant à l'organisme assureur

Des conditions particulières sont remises au souscripteur conformément à l'article 1.2 (Conditions et formalités de souscription au contrat) de la Partie 2 et/ou de la Partie 3 et éventuellement de la Partie 4 des présentes conditions générales valant notice d'information.

Les présentes conditions générales valent notice d'information définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

L'organisme assureur établit et remet au souscripteur un exemplaire des présentes conditions générales valant notice d'information et du tableau de garanties.

1.12. Dispositions diverses

1.12.1. COMMUNICATION

Toutes les communications relatives à l'assurance et incombant au souscripteur ou aux ayants-droit, doivent être adressées à l'adresse suivante :

Pour les garanties frais de santé et la vie du contrat :

MALAKOFF HUMANIS – Atout Santé Courtage – UG 200 – TSA 21932 – 92894 NANTERRE CEDEX 9.

Pour le paiement du capital décès uniquement :

MALAKOFF HUMANIS – Atout Santé Courtage - Service Prévoyance UG 88A - 1 rue Marcel Paul - 44097 Nantes cedex 1.

Toutes les communications incombant à l'assureur seront valablement faites au dernier domicile connu en France indiqué par le souscripteur et/ou ses ayants-droit.

1.12.2. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le souscripteur et les bénéficiaires sont informés par QUATREM, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel du souscripteur et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis du souscripteur et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non réidentification du souscripteur et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du souscripteur et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») du souscripteur et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique du souscripteur et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel du souscripteur et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé du souscripteur et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel du souscripteur et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du souscripteur et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel du souscripteur et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec le souscripteur et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données du souscripteur et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Le souscripteur et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Le souscripteur et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 09.

En cas de réclamation relative à la protection des données, le souscripteur et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Le souscripteur et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

1.12.3. ORGANISME DE CONTROLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de Quatrem est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

1.12.4. RECLAMATIONS - MEDIATION - JURIDICTION COMPETENTE

La réclamation peut également être adressée :

- par mail à reclamations.quatrem@malakoffhumanis.com
- par courrier à l'adresse du service : Quatrem Pôle réclamations TSA 20002 78075 Saint-Quentin-en-Yvelines Cedex
- ou sur l'espace Assuré. Les demandes seront reroutées vers gestionsante@atoutmh.com.

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou lorsque l'organisme assureur ou gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le souscripteur, l'assuré, et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au Médiateur de l'Assurance, à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance TSA 50010, 75441 PARIS CEDEX 09 France, ou par voie électronique : <http://www.mediation-assurance.org> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

1.12.5. SUBROGATION

Conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers responsables à concurrence de toutes prestations à caractère indemnitaire versée en application du contrat.

TITRE II COTISATIONS

2.1. Assiette et montant de la cotisation

AU TITRE DES GARANTIES FRAIS DE SANTE :

A la souscription, la cotisation est exprimée en euros. Elle tient compte de la formule de garantie et de la périodicité de paiement choisies, de l'âge des bénéficiaires à la date d'effet du contrat, du département de résidence principale du souscripteur et des dispositions réglementaires en vigueur.

La cotisation est déterminée selon ces critères à la date d'effet du contrat et est indiquée aux conditions particulières.

En tout état de cause, la cotisation évolue au cours du contrat, à la date d'anniversaire de la date d'effet du contrat, en fonction du lieu de résidence du souscripteur et de l'âge de chaque bénéficiaire à cette date.

En cas de modification du contrat dans les conditions mentionnées à l'article 1.11. (Modification du contrat) l'avenant aux conditions particulières indiquera la nouvelle cotisation, calculée selon les critères décrits au 1er alinéa du présent paragraphe.

AU TITRE DE LA GARANTIE DÉCÈS PAR ACCIDENT DU SOUSCRIPTEUR :

La cotisation annuelle est exprimée en euros selon le capital souscrit à la date d'effet du contrat mentionnée aux conditions particulières. Elle évolue en cas de modification du capital souscrit à la date de modification du contrat.

2.2. Indexation

La cotisation est indexée chaque année, à la date d'anniversaire de la date d'effet du contrat, en fonction du rapport de la dernière évolution connue de la Consommation Médicale Totale publiée dans les Comptes Nationaux de la Santé et conformément aux dispositions de l'article 1.5 (Ajustement du contrat).

2.3. Modalités de paiement

La cotisation mentionnée aux conditions particulières est payable à terme d'avance par le souscripteur.

La cotisation est exigible dans les 10 jours de son échéance selon la périodicité de paiement choisie par le souscripteur : mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle.

Le souscripteur est seul responsable du paiement des cotisations à l'égard de l'assureur.

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au contrat, le souscripteur n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

Toute taxe présente ou future, établie sur le contrat d'assurance sera mise à la charge du débiteur de la cotisation sous réserve que la récupération soit autorisée.

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables par prélèvement automatique sur compte bancaire, par virement bancaire ou chèque bancaire.

2.4. Défaut de paiement

L'assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations aux échéances fixées.

En cas de non-paiement d'une cotisation mentionnée aux conditions particulières, au terme du délai de 10 jours suivant son échéance, l'assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure.

Conformément aux articles L141-3 du Code des Assurances, le non-paiement d'une cotisation à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure entraîne la résiliation du contrat.

TITRE III – GARANTIES FRAIS MEDICAUX ET FRAIS CHIRURGICAUX

3.1. Objet de la garantie

Les garanties ont pour objet le remboursement, **dans la limite des frais réellement engagés par le souscripteur ou ses bénéficiaires**, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite de maladie, de maternité ou d'accident et **ayant donné lieu au versement de prestations en nature par le régime obligatoire, et le cas échéant du contrat complémentaire tel que défini au Lexique.**

Les actes pris en considération sont ceux référencés par le régime obligatoire aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement.

Sauf mention aux conditions particulières, l'assureur ne prend pas en charge les actes non remboursés par le régime obligatoire qu'ils soient référencés ou non par cet organisme.

Si leur prise en charge est expressément prévue aux conditions particulières, les actes doivent être **prescrits et pratiqués un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET ou ADELI.**

3.2. Prestations

Le montant des remboursements, déterminé acte par acte, est mentionné aux conditions particulières et s'applique dans les conditions ci-après, étant précisé que les garanties prises en compte par l'assureur pour le calcul de ces remboursements sont celles en vigueur à la date des soins retenue par le régime obligatoire.

3.2.1. ACTES EFFECTUES A L'ETRANGER

Les soins et traitements pratiqués à l'étranger ne sont pas pris en charge par l'assureur sauf lorsqu'ils ont dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence en quelque pays que ce soit, sous réserve que le régime obligatoire et le remboursement au titre du contrat complémentaire, soient intervenus et selon la codification qu'il a appliquée. Le montant du remboursement de l'assureur est limité à celui qui figure aux conditions particulières pour chaque acte.

3.2.2. ASSURANCES CUMULATIVES

Si les risques couverts par le présent contrat sont ou viennent à faire l'objet d'autres assurances, le souscripteur ou ses bénéficiaires doivent en faire la déclaration à l'assureur lors de la souscription et pendant toute la durée de vie du contrat.

Les garanties de même nature produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le souscripteur ou ses bénéficiaires peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de leur choix.

La contribution de chaque organisme est déterminée conformément aux dispositions de l'article L 121-4 du code des assurances.

Le cumul des remboursements de l'assureur, du régime obligatoire, du présent contrat et de tout autre organisme ne peut excéder le montant des frais réellement engagés par le souscripteur ou ses bénéficiaires tels que définis au contrat.

3.2.3. NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSUREUR :

- les actes référencés ou non par le régime obligatoire et non remboursés par cet organisme, sauf mention contraire aux conditions particulières,
- les dépassements d'honoraires non déclarés au régime obligatoire par le professionnel de santé,
- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat,
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties du souscripteur et de ses bénéficiaires,
- en cas de cure thermale, les frais annexes tels que notamment : téléphone, forfait internet, télévision, boissons,
- la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur prévues par le code de la Sécurité sociale et visées à l'article 4 (Précisions sur les garanties optiques, dentaires et les aides auditives) de la Partie 2 et/ou de la Partie 3,
- tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre

part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence (SMUR),

- **tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de notre part, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,**
- **la cigarette électronique.**

3.2.4. LIMITATION DU REMBOURSEMENT DES CHAMBRES PARTICULIERES

Les chambres particulières sont prises en charge dans la limite précisée aux conditions particulières :

- si elles sont expressément demandées par le souscripteur;
- dont les tarifs sont publiquement affichés ;
- faisant l'objet d'une facturation détaillant les services fournis par l'établissement hospitalier.

En tout état de cause, **ne peuvent donner lieu à remboursement :**

- les appartements privés ;
- les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.

3.2.5. CURES THERMALES

Sous réserve que la cure thermale soit prise en charge par le régime obligatoire et dans la limite de 18 jours de cure par an et par bénéficiaire, la garantie a pour objet le remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (dépenses extra légales au sens du régime obligatoire), mentionnés dans le tableau de garanties joint aux conditions aux conditions particulières. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermale sont prises en charge dans les conditions fixées au contrat pour chaque acte.

3.2.6. MEDECINE ADDITIONNELLE ET ACTES DE PREVENTION

La garantie a pour objet de prendre en charge, outre des actes de prévention prévus par le Code de la sécurité sociale, des actes de prévention complémentaires indiqués au tableau des garanties mentionné aux conditions particulières. Le montant du forfait alloué au remboursement des prestations varie selon l'option souscrite.

3.3. Règlement des prestations

Le remboursement de l'assureur intervient sur présentation des décomptes du régime obligatoire sauf lorsqu'ils sont transmis informatiquement à l'assureur par cet organisme.

Le souscripteur ou ses bénéficiaires doivent joindre un justificatif de frais réels (original de la facture et/ou de la prescription médicale) conformément au tableau figurant à l'article 3.3.3 « Pièces justificatives pour le paiement des prestations ».

L'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaire y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'organisme assureur. L'organisme assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui seront transmises.

Si à l'occasion d'une demande de remboursement, le souscripteur ou ses bénéficiaires fournissent intentionnellement des documents faux ou dénaturés, ces derniers s'exposent à des poursuites pénales, à la nullité de leur contrat ainsi qu'à la perte de tous droits à remboursement et seront tenus au remboursement des sommes indûment perçues.

En tout état de cause et conformément aux dispositions légales rappelées à l'article 1.4 (Références légales) du contrat, les demandes de remboursements sont prescrites au terme d'un délai de DEUX ans à compter de la date des soins.

3.3.1. PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale de plus de 24 heures consécutives, l'assureur peut délivrer une prise en charge hospitalière au profit du souscripteur ou de l'un de ses bénéficiaires.

Ainsi, l'assureur se substitue au souscripteur ou à l'un de ses bénéficiaires, après intervention du régime obligatoire, pour le règlement des frais restant à sa charge auprès de l'établissement concerné, dans les conditions prévues aux conditions particulières **et à l'exclusion de tous les frais annexes, conformément à l'article 3.2.3 (Ne sont pas pris en charge par l'assureur) et de toute avance de prestations en nature à la charge du régime obligatoire.**

3.3.2. TIERS PAYANT

Le contrat permet au souscripteur et à ses ayants droit de bénéficier du tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Pour que le tiers payant s'applique il est nécessaire que le professionnel de santé soit partenaire de l'opérateur de tiers payant de l'organisme assureur et que l'ensemble des pièces justificatives demandées par l'organisme assureur soient fournies.

Sans remettre en cause les dispositions spécifiques au contrat responsable et au 100 % santé, les situations suivantes ne permettent pas de réaliser le tiers payant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale :

- le défaut de consentement écrit du souscripteur à la transmission de données détaillées de la nomenclature de la Sécurité sociale relatives à l'acte ou au dispositif médical via le professionnel de santé. Il est précisé que ces données sont nécessaires au calcul et au contrôle du remboursement des garanties souscrites.
- l'application par le professionnel de santé, de tarifs analysés comme excessifs par rapport aux prix les plus fréquents constatés sur le marché (supérieurs à 80% des prix constatés) pour l'équipement délivré.

Dans les cas cités ci-dessus, le bénéficiaire devra avancer une partie des frais et envoyer la demande complétée des pièces justificatives à l'organisme assureur.

Spécificité du tiers payant pour le « 100% Santé » :

Dans le cadre du « 100% Santé », le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans reste à charge, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis réglementairement.

La carte de tiers payant délivrée par l'assureur doit lui être restituée sans délai lorsque le souscripteur ou ses ayants droit cessent de bénéficier du contrat.

En cas de non-restitution, les bénéficiaires tels que définis au Lexique ou à défaut le souscripteur remboursera à l'assureur les sommes indûment perçues.

L'utilisation frauduleuse ou abusive du tiers payant par les bénéficiaires tels que définis au Lexique entraîne la cessation immédiate de ce service et la restitution par ces derniers de l'ensemble des justificatifs et des sommes indûment perçues à l'assureur.

La carte de tiers payant et sa version dématérialisée :

L'organisme assureur adresse une carte de tiers payant qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhérent/identifiant de l'assuré lui permettant de se connecter à son espace client pour consulter ses remboursements ou fournir des pièces justificatives,
- les coordonnées de l'organisme assureur.

A compter du jour où les garanties cessent, l'assuré et ses éventuels ayants-droit ne doivent plus utiliser leur carte de tiers payant et doivent en informer les professionnels de santé auprès desquels leur carte aurait été enregistrée (exemple : Pharmacien).

Si des versements sont effectués à tort par l'organisme assureur auprès des professionnels de santé, l'assuré devra les rembourser.

La carte de tiers payant peut également être consultée ou téléchargée par l'assuré sous format dématérialisé depuis son Espace client (accessible sur PC, tablette, smartphone ou application mobile).

Cette version dématérialisée étant le strict reflet des droits de l'assuré et de ses bénéficiaires au jour du téléchargement, elle doit être présentée en priorité au professionnel de santé.

3.3.3. PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Sous réserve que les garanties soient souscrites, le paiement des prestations peut être subordonné à la fourniture de pièces justificatives listées dans les tableaux ci-dessous.

Le délai de remboursement prévu au contrat ne court qu'à compter de la réception de l'ensemble des pièces qui auront été demandées par l'organisme assureur.

Toute somme versée à tort sera réclamée par l'organisme assureur.

Par ailleurs, ce dernier se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires, y compris après paiement des prestations.

Ces pièces justificatives sont nécessaires dans les deux cas ci-dessous :

Pour la liquidation de certains actes complexes :

Lorsque le niveau de prise en charge ne peut être identifié sans la communication de codes détaillés de la nomenclature de la Sécurité sociale, l'organisme assureur appliquera le niveau minimum prévu pour le code regroupé de cette nomenclature. Toutefois, si les pièces demandées sont transmises dans les deux ans de la date des soins, l'organisme assureur procédera à la régularisation à hauteur des garanties.

Pour la liquidation de la totalité des actes couverts par le contrat, ponctuellement à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude :

Si le souscripteur ne transmet pas les pièces justificatives demandées par l'organisme assureur après le paiement des prestations, il s'expose à une annulation de sa prise en charge. Le souscripteur devra restituer le montant des prestations indument versées.



| Nature de l'intervention | Votre situation | Nous avons besoin des justificatifs suivants : |
|---|---|---|
| <p>Hospitalisation Frais d'hospitalisation dont forfait hospitalier journalier et chambre particulière</p> <p>Dépassements d'honoraires facturés par l'Etablissement hospitalier (Les dépassements d'honoraires facturés par les Praticiens n'entrent pas dans ce cadre, voir modalités dans la rubrique Soins courants ci-dessous)</p> | <p>Ni vous ni votre Etablissement hospitalier n'a demandé de prise en charge hospitalière à Malakoff Humanis - UG 200. Vous avez payé la totalité des frais.</p> | <p>La télétransmission est active : Copie de la facture acquittée (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com).</p> <p>La télétransmission n'est pas active : Documents à adresser par courrier -Original du décompte du Régime Obligatoire. -Original de la facture acquittée</p> |
| | <p>Vous ou votre Etablissement hospitalier avez/a demandé une prise en charge hospitalière à Malakoff Humanis - UG 200. Votre contrat couvrait la totalité des frais. Vous n'avez rien payé.</p> | <p>Quelque soit le statut de la télétransmission : UG 200 a indiqué à votre Etablissement hospitalier le montant prévu par votre contrat. Malakoff Humanis le remboursera directement sans intervention de votre part. Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser.</p> |
| | <p>Vous ou votre Etablissement hospitalier avez/a demandé de prise en charge hospitalière à Malakoff Humanis - UG 200. Votre contrat ne couvrait pas la totalité des frais. Vous lui avez payé le reste à charge.</p> | <p>La télétransmission est active : Copie de la facture acquittée (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com).</p> <p>La télétransmission n'est pas active : Documents à adresser par courrier -Original du décompte du Régime Obligatoire. -Original de la facture acquittée</p> |



| Nature de l'intervention | Votre situation | Nous avons besoin des justificatifs suivants : |
|---|--|---|
| Soins courants : Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux Actes d'imagerie médicale Matériel médical remboursé par le Régime Obligatoire Médicaments, vaccins Cure thermale | Votre praticien a utilisé votre carte Vitale et vous n'avez rien payé. | <p>La télétransmission est active :</p> <p>Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser. Malakoff Humanis remboursera le complément à hauteur des garanties de votre contrat dès réception de la télétransmission des soins.</p> <p>La télétransmission n'est pas active :</p> <p>Documents à adresser par courrier -Original du décompte du Régime Obligatoire. -Original de la facture acquittée</p> |
| | Votre praticien a utilisé votre carte Vitale et vous avez payé le ticket modérateur | <p>La télétransmission est active :</p> <p>Copie de la facture acquittée (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com).</p> <p>La télétransmission n'est pas active :</p> <p>Documents à adresser par courrier -Original du décompte du Régime Obligatoire. -Original de la facture acquittée</p> |
| | Votre praticien n'a pas utilisé votre carte Vitale et vous avez payé tout ou partie des frais. | <p>La télétransmission est active :</p> <p>Copie de la facture acquittée (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com).</p> <p>La télétransmission n'est pas active :</p> <p>Documents à adresser par courrier -Original du décompte du Régime Obligatoire. -Original de la facture acquittée</p> |
| Médecine additionnelle et de prévention | Vous avez payé la totalité des frais. | <p>La télétransmission est active :</p> <p>Copie de la facture acquittée (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com).</p> <p>La télétransmission n'est pas active :</p> <p>Documents à adresser par courrier -Original de la facture acquittée</p> |
| Soins à l'étranger pris en charge par le Régime Obligatoire | Vous avez payé la totalité des frais. | <p>La télétransmission est active :</p> <p>Copie de la facture acquittée (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com).</p> <p>La télétransmission n'est pas active :</p> <p>Documents à adresser par courrier -Original du décompte du Régime Obligatoire. -Original de la facture acquittée</p> |

NB : Pour l'acupuncture, les acupuncteurs doivent être des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'Etat appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sage-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.

| Nature de l'équipement | Votre situation | Nous avons besoin des justificatifs suivants : |
|---|--|---|
| Pharmacie Auxiliaires médicaux Laboratoire Soins externes Transport (hors cure thermale) | Votre pharmacien ou praticien a utilisé votre carte Vitale et votre carte de Tiers payant Malakoff Humanis. | Quelque soit le statut de la télétransmission : Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser. En cas de reste à charge, Malakoff Humanis n'interviendra pas. |
| | Votre pharmacien ou praticien a utilisé votre carte Vitale mais pas votre carte de Tiers payant Malakoff Humanis | La télétransmission est active : Copie de la facture acquittée (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com). La télétransmission n'est pas active : Documents à adresser par courrier -Original du décompte du Régime Obligatoire. -Original de la facture acquittée |
| | Vous avez payé la totalité des frais. | La télétransmission est active : Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser. Malakoff Humanis remboursera le complément à hauteur des garanties de votre contrat dès réception de la télétransmission des soins. La télétransmission n'est pas active : Documents à adresser par courrier -Original du décompte du Régime Obligatoire. -Original de la facture acquittée |

La garantie pharmacie non remboursée par le régime obligatoire ne concerne que les produits pharmaceutiques réglementés, les APSI (Allergènes préparés spécialement pour un individu) réglementés et les compléments alimentaires dont la TVA est à 5,5%. **Par conséquent, ne sont pas couverts par cette garantie les produits dont la TVA est de 20% (produits dits "de confort")**

| Nature de l'équipement | Votre situation | Nous avons besoin des justificatifs suivants : |
|--|-------------------------------|---|
| Cures thermales : Transport et Hébergement | Quel que soit votre situation | La télétransmission est active : Copie de la facture acquittée (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com). La télétransmission n'est pas active : Documents à adresser par courrier -Original de la facture acquittée |



| Nature de l'équipement | Votre situation | Nous avons besoin des justificatifs suivants : | |
|---|---|--|--|
| Aides auditives remboursables par le Régime Obligatoire | Votre Audioprothésiste n'est pas passé par KALIXIA. Vous lui avez payé la totalité des frais. | La télétransmission est active : Copie de la facture acquittée (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com). | |
| | | La télétransmission n'est pas active : Documents à adresser par courrier -Original du décompte du Régime Obligatoire. -Original de la facture acquittée | |
| | Votre Audioprothésiste est passé par KALIXIA. Votre contrat couvrait la totalité des frais. Vous ne lui avez rien payé. | La télétransmission est active : KALIXIA a indiqué à votre Audioprothésiste le montant prévu par votre contrat. Malakoff Humanis le remboursera directement sans intervention de votre part. Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser. | |
| | | La télétransmission n'est pas active : Documents à adresser par courrier -Original du décompte du Régime Obligatoire. -Original de la facture acquittée | |
| | | | La télétransmission est active : Malakoff Humanis n'interviendra pas sur le reste à charge. |
| | | | La télétransmission n'est pas active : Documents à adresser par courrier -Original du décompte du Régime Obligatoire. -Original de la facture acquittée |



Pour toutes les ordonnances délivrées après le 17/10/2016, La durée de validité de l'ordonnance médicale* est fixée à :

Verres correcteurs :
- un an, pour les moins de 16 ans
- cinq ans, pour les 16 à 42 ans
- trois ans, pour les 42 ans et +

Lentilles de contact :
- un an, pour les moins de 16 ans
- trois ans pour les 16 ans et +

*Sauf mention contraire précisée par l'ophtalmologiste

| Nature de l'équipement | Votre situation | Nous avons besoin des justificatifs suivants : |
|---|--|---|
| Lunettes : Montures et verres remboursables par le Régime Obligatoire Lentilles remboursables par le Régime Obligatoire | Votre Opticien n'est pas passé par KALIXIA. Vous lui avez payé la totalité des frais. | <p>La télétransmission est active :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copie de l'ordonnance, - Le cas échéant copie de l'ordonnance initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ou l'orthoptiste, - Copie de la facture acquittée (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com). <p>La télétransmission n'est pas active :</p> <p>Documents à adresser par courrier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Original du décompte du Régime Obligatoire, - Original de la facture acquittée - Copie de l'ordonnance initiale, - Le cas échéant copie de l'ordonnance initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ou l'orthoptiste. |
| | Votre Opticien est passé par KALIXIA. Votre contrat couvrait la totalité des frais. Vous ne lui avez rien payé. | <p>La télétransmission est active :</p> <p>KALIXIA a indiqué à votre Opticien le montant prévu par votre contrat. Malakoff Humanis le remboursera directement sans intervention de votre part. Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser.</p> <p>La télétransmission n'est pas active :</p> <p>Documents à adresser par courrier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Original du décompte du Régime Obligatoire, - Original de la facture acquittée - Copie de l'ordonnance initiale, - Le cas échéant copie de l'ordonnance initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ou l'orthoptiste. |
| | Votre Opticien est passé par KALIXIA. Votre contrat ne couvrait pas la totalité des frais. Vous lui avez payé le reste à charge. | <p>La télétransmission est active :</p> <p>Malakoff Humanis n'interviendra pas sur le reste à charge.</p> <p>La télétransmission n'est pas active :</p> <p>Documents à adresser par courrier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Original du décompte du Régime Obligatoire, - Original de la facture acquittée - Copie de l'ordonnance initiale, - Le cas échéant copie de l'ordonnance initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ou l'orthoptiste. |
| | KALIXIA n'intervient pas pour le traitement des lentilles non remboursables, le Régime Obligatoire non plus. Vous avez payé la totalité des frais. | <p>La télétransmission est active :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copie de l'ordonnance, - Copie de la facture acquittée (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com). <p>La télétransmission n'est pas active :</p> <p>Documents à adresser par courrier</p> <ul style="list-style-type: none"> -Copie de l'ordonnance -Original de la facture acquittée |
| Lentilles non remboursables par le Régime Obligatoire | KALIXIA n'intervient pas pour le traitement des lentilles non remboursables, le Régime Obligatoire non plus. Vous avez payé la totalité des frais. | <p>La télétransmission est active :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copie de l'ordonnance, - Copie de la facture acquittée (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com). <p>La télétransmission n'est pas active :</p> <p>Documents à adresser par courrier</p> <ul style="list-style-type: none"> -Copie de l'ordonnance -Original de la facture acquittée |

Suite à la loi de financement de la sécurité sociale 2022, les orthoptistes sont désormais autorisés dans certains cas à modifier des prescriptions médicales réalisées par un médecin ophtalmologiste.



Orthodontie remboursée par le régime obligatoire : La facture doit mentionner la date de début et fin de traitement

A noter : Une facture dentaire doit préciser le code CCAM ainsi que le numéro de dent concerné par les soins

| Nature de l'intervention | Votre situation | Nous avons besoin des justificatifs suivants : |
|---|---|---|
| Prothèses et Orthodontie remboursables par le Régime Obligatoire | Vous avez payé la totalité des frais. | La télétransmission est active : Copie de la facture acquittée (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com). |
| | | La télétransmission n'est pas active : Documents à adresser par courrier -Original du décompte du Régime Obligatoire. -Original de la facture acquittée |
| | Votre Dentiste a demandé de prise en charge à Malakoff Humanis - UG 200. Votre contrat ne couvrirait pas la totalité des frais. Vous lui avez payé le reste à charge. | La télétransmission est active : Malakoff Humanis n'interviendra pas sur le reste à charge. |
| | | La télétransmission n'est pas active : Documents à adresser par courrier -Original du décompte du Régime Obligatoire. -Original de la facture acquittée |
| | Votre Dentiste a demandé de prise en charge à Malakoff Humanis - UG 200. Votre contrat couvrirait la totalité des frais. Vous ne lui avez rien payé | La télétransmission est active: Malakoff Humanis a indiqué à votre dentiste le montant prévu par votre contrat. Malakoff Humanis le remboursera directement sans intervention de votre part. Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser. |
| | | La télétransmission n'est pas active : Documents à adresser par courrier -Original du décompte du Régime Obligatoire. -Original de la facture acquittée |
| Prothèses et Orthodontie, Implantologie, Parodontologie non remboursables par le Régime Obligatoire | Vous avez payé la totalité des frais. | La télétransmission est active : Copie de la facture acquittée (déposable sur votre Espace Assuré www.sante-espaceparticuliers.atoutmh.com). |
| | | La télétransmission n'est pas active : Document à adresser par courrier -Original de la facture acquittée |
| | Votre Dentiste a demandé de prise en charge à Malakoff Humanis - UG 200. Votre contrat ne couvrirait pas la totalité des frais. Vous lui avez payé le reste à charge. | La télétransmission est active : Malakoff Humanis n'interviendra pas sur le reste à charge. |
| | | La télétransmission n'est pas active : Document à adresser par courrier -Original de la facture acquittée |
| | Votre Dentiste a demandé de prise en charge à Malakoff Humanis - UG 200. Votre contrat couvrirait la totalité des frais. Vous ne lui avez rien payé | La télétransmission est active : Malakoff Humanis a indiqué à votre dentiste le montant prévu par votre contrat. Malakoff Humanis le remboursera directement sans intervention de votre part. Vous n'avez aucun justificatif à nous adresser. |
| | | La télétransmission n'est pas active : Document à adresser par courrier -Original de la facture acquittée |

NB : Pour l'orthodontie non remboursable, seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.

NB. Si vous n'avez pas produit votre Carte Vitale au praticien ou à l'établissement de soins, vous avez donc réglé la totalité des frais. Il vous a été délivré une feuille de soin que devez adresser retourner à votre Organisme obligatoire.
Si vous avez demandé la télétransmission entre votre Organisme obligatoire et Malakoff Humanis, le remboursement des soins sera réalisé sous réserve de production des factures selon le tableau ci-dessus.

Décès accidentel

Certificat de décès accompagné de toute pièce officielle attestant du caractère accidentel du décès :
- relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la République, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident),
- prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident.

3.3.4. CONTROLE MEDICAL

L'organisme assureur peut effectuer un contrôle pour tout souscripteur demandant des prestations au titre des garanties de son contrat, avant ou après le paiement des prestations.

L'organisme assureur peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge. Si le souscripteur refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

Lors du contrôle médical, le souscripteur a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, le souscripteur devra adresser au médecin conseil ou dentiste consultant de l'organisme assureur, dans les trente jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal compétent de la résidence du souscripteur, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En fonction des conclusions, l'organisme assureur pourra ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

PARTIE 2 - LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA CONVENTION n° 0033623/ 0033625 Atout+ Particulier Responsable et Solidaire (Formules 1 à 5 et formule 6 de base)

Les dispositions suivantes interviennent en complément des dispositions communes (Partie 1).

1. Les conditions et les formalités de souscription à la convention

1.1. CONDITIONS DE SOUSCRIPTION A LA CONVENTION

Sont admissibles au contrat les personnes physiques résidant en France métropolitaine (Corse comprise), à condition d'être affiliés au régime obligatoire de Sécurité sociale française,

Et sous les réserves suivantes :

- Pour la souscription aux formules 1, 2, 3 : **d'avoir moins de 85 ans révolus au moment de la souscription**, l'âge étant calculé conformément aux dispositions prévues au lexique (Age de l'assuré).
- Pour la souscription aux formules 4, 5 et 6 : **d'avoir moins de 80 ans révolus au moment de la souscription**, l'âge étant calculé conformément aux dispositions prévues au lexique (Age de l'assuré).

1.2. FORMALITES DE SOUSCRIPTION A LA CONVENTION

Le souscripteur remplit une demande d'adhésion par laquelle il précise notamment la formule de garantie qu'il souhaite parmi celles prévues à la convention, le nombre et la qualité des bénéficiaires.

L'acceptation du risque par l'assureur est constatée par l'émission de conditions particulières qui confère au souscripteur la qualité d'assuré.

Les garanties ne sont acquises que pour les assurés résidant en France métropolitaine (Corse comprise), et remplissant les conditions rappelées au paragraphe 1.1. (Conditions de souscription au contrat) de la présente Partie 2.

Les conditions particulières précisent les caractéristiques propres au contrat, notamment, l'identité de l'assuré et des bénéficiaires définis à l'article 1.8 (Bénéficiaires des garanties santé) de la Partie 1, la date d'effet du contrat, le détail des garanties souscrites et le montant des garanties souscrites, ainsi que les cotisations, **étant précisé que les garanties non mentionnées aux conditions particulières ne s'appliquent pas.**

Seules les pièces contractuelles portant la signature d'un représentant habilité de la compagnie engagent l'assureur.

2. Convention Solidaire et Responsable

La présente convention est qualifiée « solidaire et responsable ».

Par « **solidaire** », on entend un contrat dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Par « **responsable** », on entend un contrat qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Conformément à la réglementation, le contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques,
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R. 160-16 I du Code de la sécurité sociale,
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique,

- les prestations 100% SANTE précisées à l'article 4. (Précisions sur les garanties optiques, dentaires et aides auditives) de la présente Partie 2,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée. Il est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion des établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'Action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la Sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...)

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, celle-ci s'effectue dans **la double limite de 100 % de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.**

Le présent contrat prend en charge, en sus des prestations obligatoires du contrat responsable, les niveaux minimums de remboursements suivants : – à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie, les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale pour les actes autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R. 871-2. du Code de la sécurité sociale,

- un montant minimum pour des équipements d'optique médicale (verres et monture) de classe B (définie au paragraphe « Précisions sur l'application du 100% santé ») soumis au remboursement de l'assurance maladie, dans la limite des frais exposés par l'assuré.

La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins, ne sont pas pris en charge.

Par conséquent, les garanties du présent contrat respectent les **obligations minimales et maximales légales et réglementaires** de prise en charge.

A ce titre, il propose obligatoirement les prestations prévues dans le cadre du 100% Santé en optique, dentaire et pour les aides auditives dans le respect du calendrier prévu par les textes.

3. Précisions sur les garanties optiques, dentaires et les aides auditives :

1. Optique

a. Généralités

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé ».
- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- **soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »**,
- **soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A »**.

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait unique**, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**.

Les verres neutres ne sont pas remboursés sauf condition d'appairage. Il s'agit de verres sans correction (dioptrie égale à 0).

Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis ci-dessous :

VERRES SIMPLES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

VERRES COMPLEXES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

VERRES TRES COMPLEXES

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie*
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(*) Sphère supérieure à une dioptrie de I-8DI soit -9D

b. Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est calculée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par la *Sécurité sociale* ou par l'*organisme assureur*, depuis le 1^{er} janvier 2018.

| Bénéficiaires concernés | Bénéficiaires de 16 ans et plus | Bénéficiaires de moins de 16 ans |
|--|---|--|
| Périodicité de renouvellement de droit commun | 2 ans suivant la dernière facturation | 1 an suivant la dernière facturation 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage |
| Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue | | |
| Périodicité de renouvellement dérogatoire | 1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture) | Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres. |
| Cas d'application de la périodicité dérogatoire | variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. | |
| Constatation de l'évolution de la vue | soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance. | Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. |
| Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières | | |
| Périodicité de renouvellement dérogatoire | Aucun délai de renouvellement des verres. | |
| Cas d'application de la périodicité dérogatoire | Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018. | |
| Constatation de l'évolution de la vue | Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière. | |

2. Dentaire

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « **100% santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
- Un panier aux **tarifs maîtrisés / modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier aux **tarifs libres**, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

3. Aide auditive

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- **L'équipement auditif de « classe I »** sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé.
- **L'équipement auditif de « classe II »** : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

PARTIE 3 - LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA CONVENTION Santé : 0033624 Atout+ Particulier Solidaire (Formule 6 – renforts)

Les dispositions suivantes interviennent en complément des dispositions communes (Partie 1). **La convention « complémentaire santé renforcée » n°0033624 intervient en complément obligatoire de la formule 6 de la convention « complémentaire santé » n°0033623/0033625.**

1. Conditions et formalités de souscription à la convention

1.1. CONDITIONS DE SOUSCRIPTION A LA CONVENTION

S'il est souscrit, sont admissibles au contrat les personnes physiques résidant en France métropolitaine (Corse comprise), à condition d'être affiliés au régime obligatoire de Sécurité sociale française,

Et sous les réserves suivantes :

- De bénéficier effectivement de la formule 6 de la Convention « complémentaire santé » n°0033623/0033625.
- **Avoir moins de 80 ans révolus au moment de la souscription de cette formule.** L'âge étant calculé conformément aux dispositions prévues au lexique (Age de l'assuré).

1.2. FORMALITES DE SOUSCRIPTION A LA CONVENTION

Le souscripteur remplit une demande d'adhésion par laquelle il précise notamment, le nombre et la qualité des bénéficiaires.

L'acceptation du risque par l'assureur est constatée par l'émission de conditions particulières qui confèrent au souscripteur la qualité d'assuré.

Sauf stipulations contraires précisées aux conditions particulières, les garanties ne sont acquises que pour les assurés résidant en France métropolitaine (Corse comprise), et remplissant les conditions rappelées au paragraphe 1.1. (Conditions de souscription au contrat) de la présente Partie 3.

Les conditions particulières précisent les caractéristiques propres au contrat, notamment, l'identité de l'assuré et des bénéficiaires définis à l'article 1.8 (Bénéficiaires des garanties santé) de la Partie 1, la date d'effet du contrat, le détail des garanties souscrites et le montant des garanties souscrites, ainsi que les, **étant précisé que les garanties non mentionnées aux conditions particulières ne s'appliquent pas.**

Seules les pièces contractuelles portant la signature d'un représentant habilité de la compagnie engagent l'assureur.

2. Convention solidaire et non responsable

Le contrat souscrit est :

- « non responsable ». Il n'est pas tenu de respecter les obligations prévues aux articles L.8711, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale,
Et
- « solidaire » puisque les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

3. Précisions sur les garanties optiques, dentaires et les aides auditives :

1. Optique

a. Généralités

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé ».
- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »,
- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait unique**, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**.

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis ci-dessous :

VERRES SIMPLES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

VERRES COMPLEXES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

VERRES TRES COMPLEXES

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie*
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(*) Sphère supérieure à une dioptrie de I-8DI soit -9D

b. Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est calculée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par la *Sécurité sociale* ou par l'*organisme assureur*, depuis le 1^{er} janvier 2018.

| Bénéficiaires concernés | Bénéficiaires de 16 ans et plus | Bénéficiaires de moins de 16 ans |
|--|---|--|
| Périodicité de renouvellement de droit commun | 2 ans suivant la dernière facturation | 1 an suivant la dernière facturation 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage |
| Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue | | |
| Périodicité de renouvellement dérogatoire | 1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture) | Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres. |
| Cas d'application de la périodicité dérogatoire | variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. | |
| Constatation de l'évolution de la vue | soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance. | Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. |
| Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières | | |
| Périodicité de renouvellement dérogatoire | Aucun délai de renouvellement des verres. | |
| Cas d'application de la périodicité dérogatoire | Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018. | |
| Constatation de l'évolution de la vue | Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière. | |

2. Dentaire

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « **100% santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
- Un panier aux **tarifs maîtrisés** / modérés, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier aux **tarifs libres**, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

3. Aide auditive

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé.
- L'équipement auditif de « classe II » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Ne sont pas pris en charge par l'assureur :

- **les actes spécifiquement mentionnés au contrat,**
- **la part des remboursements prévue par le contrat complémentaire tel que défini au lexique,**
- **les minimas de remboursement visés et/ou prévus à l'article D911-1 du Code de la sécurité sociale.**

PARTIE 4 - LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA CONVENTION

Décès accidentel : 0033628 Atout+ Particulier

Les dispositions suivantes interviennent en complément des dispositions communes (Partie 1).

1. Objet de la convention

L'objet du présent contrat est la couverture du risque décès par accident du souscripteur.

Le souscripteur demeure être l'unique assuré de la présente convention : le souscripteur et l'assuré se trouvent être une unique et même personne physique.

Le contrat est un contrat d'assurance complémentaire à adhésion individuelle, souscrit par la personne physique remplissant les conditions définies à l'article 2 (Conditions et formalités de souscription au contrat) de la présente Partie 4. Il est souscrit en complément de la Convention « complémentaire santé » telle que définie au Lexique.

2. Conditions et formalités de souscription à la convention

2.1. CONDITIONS DE SOUSCRIPTION A LA CONVENTION

Sont admissibles au contrat les personnes physiques résidant en France métropolitaine (Corse comprise), à condition d'être affiliés au régime général ou local obligatoire de sécurité sociale,

Et sous réserve :

- **d'avoir 75 ans révolus au moment de la souscription**, l'âge étant calculé conformément aux dispositions prévues au lexique,
- de bénéficier effectivement des dispositions de la Convention « complémentaire santé » n°0033623/0033625.

2.2. FORMALITES DE SOUSCRIPTION A LA CONVENTION

La souscription de la garantie décès accidentel doit être concomitante à la souscription de la garantie « complémentaire santé ».

L'acceptation du risque par l'assureur est constatée par l'envoi de conditions particulières qui confèrent au souscripteur la qualité d'assuré.

Les conditions particulières précisent les caractéristiques propres au contrat, notamment, l'identité du souscripteur et des bénéficiaires définis à l'article 1.7 (Bénéficiaires des garanties santé) de la Partie 1, la date d'effet du contrat, le détail des garanties souscrites et le montant des garanties souscrites, les cotisations ainsi que les dérogations éventuelles au contrat, **étant précisé que les garanties non mentionnées aux conditions particulières ne s'appliquent pas.**

Seules les pièces contractuelles portant la signature d'un représentant habilité de la compagnie engagent l'assureur.

2.3. CAS PARTICULIER CONCERNANT LA RENONCIATION

Conformément à l'article L132-5-1 du code des assurances, le souscripteur peut renoncer à son adhésion au présent contrat dans un délai de TRENTE jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à VINGT-QUATRE (24) heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Cette renonciation doit être notifiée à l'assureur par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique accompagné des documents contractuels qui auraient été envoyés.

Dans ce cas, le versement effectué par le souscripteur lui sera intégralement remboursé dans les TRENTE (30) jours calendaires révolus suivant la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. Les garanties du contrat cessent de produire effet à compter du jour d'envoi de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique de renonciation.

3. La garantie « décès accidentel »

3.1. L'OBJET DE LA GARANTIE « DECES ACCIDENTEL »

Si elle est souscrite, la garantie a pour objet de verser une prestation en cas de décès du souscripteur consécutif à un accident tel que défini au Lexique sous réserve que le décès survienne au plus tard dans les DOUZE mois qui suivent cet accident.

Il sera versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) au titre de la présente garantie une prestation sous forme d'un capital décès dont le montant est précisé aux conditions particulières.

Conformément à l'article 1353 du Code civil, il appartient au(x) bénéficiaire(s), d'apporter la preuve de l'accident et du lien de causalité direct entre celui-ci et le décès du souscripteur.

Il est rappelé que la présente garantie est assurée sous le numéro de convention n°0033628.

3.2. LES PRESTATIONS

Le montant de la prestation est choisi par le souscripteur lors de la souscription parmi l'une des formules suivantes :

- de 5 000 à 15 000 euros par palier de 5 000 euros ;
- et de 20 000 à 100 000 euros par palier de 10 000 euros.

3.3. LES MODALITES DE REVALORISATION DE LA PRESTATION

A compter de la date du décès du souscripteur et jusqu'à la date de réception par l'assureur des pièces nécessaires au paiement de la prestation [(article 4.7 « Pièces justificatives décès accidentel » de la présente partie)], la prestation mentionnée aux conditions particulières est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R132-3-1 du Code des assurances (Loi Eckert).

3.4. DESIGNATION DES BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE

Sauf stipulation contraire faite par le souscripteur, valable au jour de son décès, les prestations dues au titre de la garantie décès accidentel sont attribuées selon la clause type ci-après :

- à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, à son partenaire de Pacte Civil de Solidarité ;
- à défaut à son concubin notoire (tel que défini dans le lexique) ;
- à défaut, par parts égales à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession ;
- à défaut, à ses autres héritiers conformément à la dévolution successorale.

Le souscripteur a la faculté de modifier sa désignation de bénéficiaire à tout moment et notamment lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sur un formulaire fourni par l'assureur ou sur demande écrite datée et signée de sa main.

Lorsque le souscripteur désigne nommément le bénéficiaire, il doit mentionner les coordonnées de celui-ci (nom d'usage, nom de famille (de naissance), prénom(s), sexe, adresse, date et lieu de naissance (commune, code postal, pays), adresse complète). Elles seront utilisées par l'assureur pour le paiement de la prestation.

Cette désignation peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Toute désignation devient irrévocable dès qu'elle a fait l'objet d'une acceptation expresse de la part du bénéficiaire désigné, dans les conditions prévues à l'article L.132-9 du Code des assurances, à savoir notamment, par :

- avenant signé par l'assureur, le bénéficiaire et le souscripteur ;
- acte authentique ou sous seing privé, signé du souscripteur et du bénéficiaire, qui n'aura d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'il lui aura été notifié par écrit ;
- Toute désignation, acceptation ou changement de désignation de bénéficiaire non porté à la connaissance de l'assureur ou de son représentant lui est inopposable.

3.5. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE DECES ACCIDENTEL

| Sont exclus des garanties, les sinistres résultants des faits suivants : | Décès accidentel |
|--|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ de faits intentionnels provoqués par le souscripteur (hors suicide) ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non) ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotages quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le souscripteur y prend une part active ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ d'un déplacement ou séjour dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères, sauf accord exprès de l'<i>organisme assureur</i> sur la base des déclarations du <i>souscripteur</i> dans les conditions exposées à l'article 1.3.3. « Obligations liées à la territorialités » ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ pour le souscripteur déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone « formellement déconseillés » ou « déconseillés sauf raison impérative », l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ de la conduite d'un véhicule terrestre ou maritime à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ des conséquences de la participation volontaire et violente du souscripteur à des événements tels que rassemblements, manifestations sur la voie publique, mouvements populaires, rixes, jeux et paris, sauf si le participant est en état de légitime défense ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ de la fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ d'un état d'imprégnation alcoolique, s'il est révélé qu'au moment de l'Accident, le souscripteur avait une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure au taux réglementaire en vigueur au jour du <i>sinistre</i> défini à l'article R. 234-1 du Code de la route, si le souscripteur est reconnu comme étant responsable de l'<i>accident</i> ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ d'usage de produits toxiques, ainsi que de stupéfiants, de psychotropes et plus généralement de toutes substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites de la prescription médicale délivrée au souscripteur et valable à la date de l'évènement ; | • |

Sont exclus des garanties, les sinistres résultants des faits suivants :

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ de la navigation aérienne du souscripteur: <ul style="list-style-type: none"> - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée, le pilote pouvant être le souscripteur lui-même, - avec utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'une montgolfière, d'un appareil ultra léger motorisé (U.L.M) de la pratique du saut à l'élastique, de saut en parachute ou tout engin ou pratique assimilés, sauf si ces pratiques ont été encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement, et avec l'utilisation de matériel homologué ; - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, de vols sur prototypes d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'une compétition organisée dans un cadre officiel ou privé ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ de la participation dans un cadre officiel ou privé, à des concours ou essais, courses, matchs, compétitions, acrobaties, démonstration, lorsque cette participation comporte l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ de la pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ de la pratique de sports à titre professionnel ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de Sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ d'activités proposées dans le cadre d'un parc de loisirs, parc d'attractions, fête foraine, en cas de non-respect des consignes de Sécurité affichées ou annoncées ; | • |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ d'activités professionnelles dans les airs sous la mer et/ou sous la terre. | • |

3.6. CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie décès accident cesse le jour du QUATRE-VINGT-UNIÈME (81) anniversaire du souscripteur.

Il appartient au(x) bénéficiaire(s), d'apporter la preuve de l'accident et du lien de causalité direct entre celui-ci et le décès du souscripteur.

3.7. PIÈCES JUSTIFICATIVES DECES ACCIDENTEL

Le décès par accident doit être déclaré dans les meilleurs délais en adressant à l'assureur les pièces justificatives suivantes :

- Déclaration de décès fournie par l'assureur dûment complétée,
- Extrait de l'acte de décès du souscripteur avec mentions marginales,
- Extrait d'acte de naissance du souscripteur datant de moins de 3 mois comportant les mentions marginales et établi postérieurement au décès du souscripteur,
- Copie de la Carte Nationale d'Identité datée et signée ou passeport en vigueur des bénéficiaires,
- Toute pièces officielles relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) – prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident,
- le Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Relevé d'Identité Caisse d'Epargne (RICE) des bénéficiaires.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaire y compris après paiement des prestations.

L'organisme assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui seront transmises.

Toute somme indûment versée sera réclamée par l'organisme assureur.

ATOOUT+ INDIVIDUEL et ATOOUT+ PARTICULIER

Garantie Assistance

CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE
D'INFORMATION

Convention N° 420 12 22

Assurées par Auxia Assistance

Janvier 2024

Sommaire

OBJET DE L'ASSISTANCE 3

DEFINITIONS 3

MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES 5

LES GARANTIES PROPOSEES 5

DESCRIPTION DES GARANTIES 6

ANNEXE LE SERVICE DE TELECONSULTATION 17

Objet de l'assistance

La convention d'assistance se propose d'apporter une aide à l'assuré du contrat santé souscrit auprès de Quatrem, société du groupe Malakoff Humanis.

Les conditions générales d'utilisation pour la Téléconsultation sont décrites exclusivement à compter de la page 25 et portant le titre « Annexe : conditions générales d'utilisation du service de téléconsultation médicale ».

Définitions

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle sur la personne du bénéficiaire, résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les maladies, même si elles se manifestent sous une apparence accidentelle (AVC, arrêt cardiaque ...), ne sont pas des accidents.

ÉTAT DE PERTE D'AUTONOMIE

L'état de perte d'autonomie est reconnu lorsque l'Aidé est classé dans les groupes iso-ressources (GIR) 1, 2 ou 3 de la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR), tels que ces groupes sont définis, à titre indicatif, ci-dessous :

Degrés de dépendance

- Gir 1
 - Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants,
 - ou personne en fin de vie.
- Gir 2
 - Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.
- Gir 3
 - Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.

Ces définitions pourront être revues si cette grille venait à être modifiée.

L'État de perte d'autonomie de l'Aidé doit être consolidé et permanent. Il est reconnu par le médecin traitant qui délivre une attestation de perte d'autonomie.

ÉTAT D'INVALIDITE

L'état d'Invalidité est reconnu à l'Aidé, lorsqu'il est classé en invalidité de 3e catégorie, au sens du Code de la sécurité sociale, c'est à dire en cas d'altération substantielle, durable ou définitive d'au moins une fonction physique, sensorielle, mentale, cognitive ou psychique, rendant impossible l'exercice d'une activité professionnelle et rendant obligatoire le recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie quotidienne.

ASCENDANT DEPENDANT

La personne physique qui remplit les deux conditions cumulatives suivantes :

- Être le père ou la mère de l'Assuré (par filiation au sens de la législation française) ;
- Être atteint d'une dépendance médicalement constatée :
 - Soit en état d'invalidité : voir ci-dessus.
 - Soit en état de perte d'autonomie : voir ci-dessus. La dépendance doit être consolidée.

ASSISTEUR

AUXIA ASSISTANCE : entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros – RCS de Paris 351 733 761 - Siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

L'organisme chargé du contrôle de l'Assesseur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

ASSURE

L'assuré du contrat individuel de santé souscrit auprès de QUATREM.

BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires sont :

- L'Assuré,
 - Son conjoint :
 - L'époux ou l'épouse de l'Assuré, non-séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e),
 - Ou le partenaire pacsé (personne liée par un pacte civil de solidarité au participant (PACS) non dissous et non rompu),
 - Ou le concubin (personne ayant une vie commune notoire et permanente avec l'Assuré pendant une durée d'au moins deux ans). Aucune durée n'est exigée si un enfant est né de cette union. L'Assuré et le concubin ne doivent être mariés, ni l'un, ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.
 - Les enfants âgés de moins de 16 ans (au jour de la mise en œuvre de la garantie), fiscalement à la charge de l'Assuré.
-

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit. La chirurgie ambulatoire comprend les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire et permettant la sortie du patient le jour même de son admission.

DOMICILE

Lieu de la résidence principale ou secondaire du Bénéficiaire, situé en France Métropolitaine.

DUREE DE VALIDITE

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement en cas de sinistre survenant pendant la durée de validité du contrat d'assistance.

HOSPITALISATION :***Hospitalisation imprévue***

Tout séjour imprévu, prescrit en urgence par un médecin. Cette hospitalisation a lieu dans un établissement de soins privé ou public. Elle est consécutive à un accident ou à une maladie.

Hospitalisation programmée

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public ou toute hospitalisation à domicile prescrit en dehors d'une situation d'urgence pour le traitement d'une affection ou dans le cadre d'un traitement en cours (maladie/ soins chroniques/chimiothérapie/radiologie).

IMMOBILISATION AU DOMICILE

Tout repos au domicile prescrit par un médecin à l'occasion d'un accident ou d'une maladie soudaine et aigue entraînant une impossibilité physique du bénéficiaire de se déplacer.

PETITS-ENFANTS DE L'ASSURE

Ils sont âgés de moins de 16 ans (au jour de la mise en œuvre de la garantie).

TERRITORIALITE

Le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France métropolitaine.

TRANSPORT

Les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par taxi, train (billet de première classe) ou par avion en classe économique.

Mise en œuvre des garanties

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être l'appel aux services de secours publics (le 15 ou le 112 pour joindre le SAMU ; le 17 pour joindre les services de la police ; le 18 pour joindre les pompiers) ou au médecin traitant. L'Assisteur peut, en dernier lieu, conseiller le bénéficiaire quant à la nature des intervenants qu'il convient d'appeler.

Les services d'assistance de l'Assisteur ne se substituent pas aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. **L'Assisteur ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.**

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations d'assistance de cette convention doit être obligatoirement formulée dans un délai de 30 jours maximum suivant l'évènement par le bénéficiaire ou par ses proches par téléphone au :

09 86 86 00 55 en indiquant :

- Le numéro de la convention d'assistance concernée : 420 12 22
- L'identité de l'assuré et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone),

Le service d'assistance est accessible 7 jours sur 7 de 7 heures à 20 heures.

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute déclaration tardive intervenant au-delà du délai de 30 jours entraîne la déchéance de la garantie dans la mesure où le retard ne permet plus à l'Assisteur de mettre en œuvre ses garanties dans des conditions conformes à ses engagements.

Les garanties proposées

Sur demande téléphonique, l'Assisteur met à disposition des bénéficiaires

En toutes circonstances

- Les informations sur la santé
- Les informations sociales et administratives
- Recherche d'un médecin
- Recherche et envoi d'une infirmière
- Recherche d'intervenants médicaux
- Livraison de médicaments
- Transports en ambulance

En cas d'immobilisation ou d'hospitalisation

Hospitalisation imprévue quelle qu'en soit la durée

- Aide aux tâches ménagères
- Venue d'un proche au chevet du Bénéficiaire
- Prise en charge des enfants et des petits-enfants
- Prise en charge des ascendants dépendants
- Garde des animaux domestiques familiers

Chirurgie ambulatoire, hospitalisation programmée quelle qu'en soit la durée

- Aide aux tâches ménagères
- Prise en charge des enfants et des petits-enfants
- Prise en charge des ascendants dépendants

Immobilisation imprévue de plus de 5 jours consécutifs

- Aide aux tâches ménagères
- Portage des repas
- Intervenant médical ou paramédical
- Venue d'un proche au chevet du bénéficiaire
- Prise en charge des enfants et des petits-enfants
- Prise en charge des ascendants dépendants
- Garde des animaux domestiques familiers

Immobilisation imprévue de plus de 2 jours consécutifs d'un enfant

- Venue d'un proche au chevet de l'enfant
- Garde à domicile

Traitement médical du cancer : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie, hormonothérapie, quadrithérapie ou de curiethérapie

- Aide aux tâches ménagères
- Prise en charge des enfants

En cas de décès de l'un des bénéficiaires

- Aide aux tâches ménagères
- Prise en charge des enfants et des petits-enfants
- Prise en charge des ascendants dépendants
- Garde des animaux domestiques familiers

Description des garanties

EN TOUTES CIRCONSTANCES

Les informations sur la santé

AUXIA ASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire un service de renseignements téléphoniques pour obtenir des informations :

- Sur les maladies liées à l'âge, les addictions, sur les différentes associations de malades,
- Sur les différentes pathologies et leurs conséquences ; les maladies neurodégénératives, les pathologies ostéoarticulaires, les maladies cardio-vasculaires, les ALD,
- Sur la nutrition : comment bien se nourrir, les compléments alimentaires, le BIO, les régimes en fonction de l'âge et des pathologies. AUXIA ASSISTANCE fournit sur demande les coordonnées de nutritionnistes proches du domicile.

Ces informations ne constituent pas une préconisation de régime alimentaire. La communication des coordonnées de nutritionnistes ne signifie pas qu'AUXIA ASSISTANCE recommande ces professionnels. AUXIA ASSISTANCE prend en compte le critère de la proximité avec le domicile du Bénéficiaire. Le Bénéficiaire reste libre de ne consulter aucun nutritionniste, ou de consulter celui de son choix, y compris s'il ne fait pas partie de ceux mentionnés par AUXIA ASSISTANCE.

Les informations sociales et administratives

Sur simple appel téléphonique du Bénéficiaire, l'Assisteur écoute, informe sur toute demande de nature sociale ou administrative et oriente, si besoin, le Bénéficiaire vers les organismes qualifiés. Les demandes peuvent concerner les domaines suivants : les formalités administratives, les régimes de protection sociale, les prestations auxquelles le Bénéficiaire peut prétendre, les allocations, l'habitation, la famille, la succession, l'aide aux personnes en situation de handicap.

Recherche d'un médecin

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant du Bénéficiaire, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, l'Assisteur peut aider le Bénéficiaire à rechercher un médecin. Le coût de l'éventuelle consultation demeure entièrement à la charge du Bénéficiaire. L'Assisteur n'assure pas le transport du Bénéficiaire vers le cabinet médical (ou vers l'hôpital), ni son retour à son Domicile (ou dans tout autre lieu).

Recherche et envoi d'une infirmière

L'Assisteur peut, **sur prescription médicale**, aider le Bénéficiaire à rechercher une infirmière pouvant se rendre au Domicile du Bénéficiaire. Le coût occasionné par les actes de l'infirmière n'est pas pris en charge par l'Assisteur. Le transport de l'infirmière jusqu'au Domicile du Bénéficiaire reste à la charge du Bénéficiaire.

Recherche d'intervenants médicaux

En dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, l'Assisteur peut aider le Bénéficiaire en difficulté dans sa recherche d'intervenants paramédicaux. Le coût de l'intervention de ces intervenants, et le transport de ceux-ci jusqu'au Domicile du Bénéficiaire ne sont pas à la charge de l'Assisteur.

Livraison de médicaments

Si le Bénéficiaire est dans l'incapacité temporaire de se déplacer (notamment à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine), l'Assisteur organise et prend en charge, pendant un mois, le transport des médicaments prescrits par le médecin traitant du Bénéficiaire. Le coût des médicaments reste à la charge exclusive du Bénéficiaire.

L'Assisteur n'est pas responsable des prescriptions médicales fournies.

Les médicaments ne sont livrés ni le dimanche, ni les jours fériés, ni de 19 h à 8 h.

La distance à parcourir (aller et retour) entre le Domicile du Bénéficiaire et la pharmacie ne doit pas dépasser 30 kilomètres.

La cause de l'incapacité temporaire de déplacement doit être médicalement constatée pour permettre la mise en œuvre de la garantie.

Transports en ambulance

Hors urgence médicale, l'Assisteur organise, sur prescription médicale, le transport du Bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger, entre son Domicile et un établissement de soins médicalement adapté de son choix.

Si son état de santé le nécessite, l'Assisteur organise son retour au Domicile par l'un de ces moyens.

Le nombre de transports en ambulance est limité à 5 fois par an. Le transport correspond à un « aller simple » ou à un « retour simple ».

L'établissement de soins doit être situé au maximum à 50 kilomètres du Domicile du Bénéficiaire.

Le coût du transport reste à la charge exclusive du Bénéficiaire.

EN CAS D'IMMOBILISATION OU D'HOSPITALISATION

Hospitalisation imprévue quelle qu'en soit la durée

Aide aux tâches ménagères

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures. La prestation est prévue pour une durée maximale de 15 heures réparties sur un mois à compter du 1er jour d'hospitalisation.

Venue d'un proche au chevet du bénéficiaire

AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche du Bénéficiaire à compter du premier jour d'hospitalisation et, si besoin, son hébergement, dans la limite de 2 nuits consécutives, à concurrence de 92 € TTC au total, petit-déjeuner inclus.

Prise en charge des enfants et des petits-enfants

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche pour s'occuper des Enfants et des petits-enfants, au domicile du Bénéficiaire.

Ou le transfert chez un proche

Dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants et des petits-enfants chez un proche.

Ou la garde au domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 30 heures, réparties sur un mois, à compter de la date de l'hospitalisation.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

Et la conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et prend en charge le trajet (aller/retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois à partir du jour de l'hospitalisation imprévue. La prestation est réalisée par l'un des prestataires de l'Assisteur.

Prise en charge des ascendants dépendants

La venue d'un proche

Le déplacement (aller et retour) d'un proche susceptible de s'occuper de l'Ascendant au Domicile de l'Assuré. Un unique déplacement sera pris en charge par hospitalisation imprévue.

Le transfert chez un proche

Le déplacement (aller et retour) de l'Ascendant afin qu'il rejoigne le domicile d'un proche désigné. Un unique déplacement sera pris en charge par hospitalisation imprévue.

La garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie

Dans le cas où aucun proche ne peut s'occuper du parent concerné, l'Assisteur organise et missionne un professionnel agréé pour le garder.

Cette garde dure au maximum 30 heures par hospitalisation imprévue. Ces 30 heures sont réparties sur un mois à compter de la date d'hospitalisation.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

Garde des animaux domestiques familiers

L'Assisteur organise et prend en charge, par l'intervention d'un « pet sitter » agréé, le soin quotidien de l'animal familier au domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation recouvre les activités de préparation et de mise à disposition de nourriture, changement de litière, brossage, promenade. L'achat du matériel et de la nourriture reste à la charge des Bénéficiaires. Le toilettage et les soins vétérinaires sont exclus.

L'Assisteur évalue la situation avec le Bénéficiaire, pour adapter les modalités d'intervention.

Cette prestation est réalisée dans la limite d'une durée totale maximale de 30 jours.

Le Bénéficiaire, lors de la demande de mise en œuvre de la garantie, indique le nombre de passages quotidiens qu'il souhaite. Le Bénéficiaire pourra demander jusqu'à trois passages par jour. La prestation est réalisée au maximum dans les trente jours qui suivent la date de l'événement qui a suscité la mise en œuvre de la garantie.

Cette garantie ne s'applique que si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- Il y a mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux,
- Une prise en charge portera au maximum sur trois animaux familiers,
- Les animaux domestiques sont les animaux familiers (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge,
- Les chiens de 1^{re} et 2^e catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L.211-12 du Code rural sont exclus,
- Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires,
- Les animaux sont identifiés (puçage, tatouage). À cet effet, il pourra être demandé, le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.

Chirurgie ambulatoire, hospitalisation programmée quelle qu'en soit la durée

Aide aux tâches ménagères

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures. La prestation est prévue pour une durée maximale de 10 heures réparties sur un mois à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation.

Prise en charge des enfants et des petits-enfants

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche pour s'occuper des Enfants et des petits-enfants, au domicile du Bénéficiaire.

Ou le transfert chez un proche

Dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants et des petits-enfants chez un proche.

Ou la garde au domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 15 heures, réparties sur un mois, à compter de la date de l'hospitalisation.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

Prise en charge des ascendants dépendants

La venue d'un proche

Le déplacement (aller et retour) d'un proche susceptible de s'occuper de l'Ascendant au Domicile de l'Assuré. Un unique déplacement sera pris en charge par hospitalisation programmée.

Le transfert chez un proche

Le déplacement (aller et retour) de l'Ascendant afin qu'il rejoigne le domicile d'un proche désigné. Un unique déplacement sera pris en charge par hospitalisation programmée.

La garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie

Dans le cas où aucun proche ne peut s'occuper du parent concerné, l'Assisteur organise et missionne un professionnel agréé pour le garder.

Cette garde dure au maximum 30 heures par hospitalisation programmée. Ces 30 heures sont réparties sur un mois à compter de la date d'hospitalisation.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

Immobilisation imprévue de plus de cinq jours consécutifs

Aide aux tâches ménagères

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'un total de 20 heures maximum, réparties sur un mois à partir du 1er jour de l'immobilisation.

Portage des repas

Durant l'immobilisation, AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge le portage de 7 repas au maximum, en une seule livraison.

Les repas sont apportés au domicile du Bénéficiaire. Le coût des repas est payé par le Bénéficiaire lors de la livraison.

Intervenant médical ou paramédical

AUXIA ASSISTANCE aide le Bénéficiaire à trouver :

Un médecin généraliste,

Ou, **sur prescription médicale** :

- un infirmier,
- un kinésithérapeute,
- un laboratoire d'analyses,
- un centre de radiologie.

AUXIA ASSISTANCE propose jusqu'à 5 coordonnées de professionnels.

La communication des coordonnées ne signifie pas qu'AUXIA ASSISTANCE recommande ces professionnels. AUXIA ASSISTANCE prend en compte le critère de la proximité avec le domicile. Le Bénéficiaire reste libre de ne consulter aucun de ces professionnels, ou de consulter celui de son choix, y compris s'il ne fait pas partie de ceux mentionnés par AUXIA ASSISTANCE.

Venue d'un proche au chevet du bénéficiaire

L'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche du Bénéficiaire à compter du premier jour de l'immobilisation et, si besoin, son hébergement, dans la limite de 2 nuits consécutives, à concurrence de 92 € TTC au total, petit-déjeuner inclus.

Prise en charge des enfants et des petits-enfants

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un, pour s'occuper des Enfants et des petits-enfants, au domicile du Bénéficiaire.

Ou le transfert chez un proche

Dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants et des petits-enfants chez un proche.

Ou la garde au domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 30 heures pendant la durée d'un mois, à compter de la date de l'immobilisation.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

Et la conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et prend en charge le trajet (aller/retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois à partir du jour de l'événement qui est intervenu. La prestation est réalisée par l'un des prestataires de l'Assisteur.

Prise en charge des ascendants dépendants

La venue d'un proche

Le déplacement (aller et retour) d'un proche susceptible de s'occuper de l'Ascendant au Domicile de l'Assuré. Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur (immobilisation).

Le transfert chez un proche

Le déplacement (aller et retour) de l'Ascendant afin qu'il rejoigne le domicile d'un proche désigné. Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur.

La garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie

Dans le cas où aucun proche ne peut s'occuper du parent concerné, l'Assisteur organise et missionne un professionnel agréé pour le garder.

Cette garde dure au maximum 30 heures par fait générateur. Ces 30 heures sont réparties sur un mois à compter du 1er jour d'immobilisation.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

Garde des animaux domestiques familiers

L'Assisteur organise et prend en charge, par l'intervention d'un « pet sitter » agréé, le soin quotidien de l'animal familier au domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation recouvre les activités de préparation et de mise à disposition de nourriture, changement de litière, brossage, promenade. L'achat du matériel et de la nourriture reste à la charge des Bénéficiaires. Le toilettage et les soins vétérinaires sont exclus.

L'Assisteur évalue la situation avec le Bénéficiaire, pour adapter les modalités d'intervention. Cette prestation est réalisée dans la limite d'une durée totale maximale de 30 jours.

Le Bénéficiaire, lors de la demande de mise en œuvre de la garantie, indique le nombre de passages quotidiens qu'il souhaite. Le Bénéficiaire pourra demander jusqu'à trois passages par jour. La prestation est réalisée au maximum dans les trente jours qui suivent la date de l'événement qui a suscité la mise en œuvre de la garantie.

Cette garantie ne s'applique que si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- Il y a mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux,
- Une prise en charge portera au maximum sur trois animaux familiers,
- Les animaux domestiques sont les animaux familiers (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge,
- Les chiens de 1re et 2e catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L.211-12 du Code rural sont exclus,
- Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires,
- Les animaux sont identifiés (puçage, tatouage). À cet effet, il pourra être demandé, le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.

Immobilisation imprévue de plus de deux jours consécutifs d'un enfant

Venue d'un proche au chevet de l'enfant

L'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche du Bénéficiaire à compter du premier jour de l'immobilisation.

Garde à domicile

La garde au domicile est prévue pour une durée de 30 heures maximum, réparties sur un mois à compter de l'immobilisation de l'enfant.

Traitement médical du cancer : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie, hormonothérapie, quadrithérapie ou de curithérapie

Aide aux tâches ménagères

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'une durée maximale de 30 heures. Ces 30 heures sont réparties sur la période d'un mois pendant la durée du protocole médical.

Prise en charge des enfants

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche, pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

Ou le transfert chez un proche

Dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants chez un proche.

Ou la garde au domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 30 heures réparties pendant la durée du protocole médical.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

Et la conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et prend en charge le trajet (aller-retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois pendant le protocole médical. La prestation est réalisée par l'un des prestataires de l'Assisteur.

EN CAS DE DÉCÈS DE L'UN DES BÉNÉFICIAIRES

Aide aux tâches ménagères

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire qui en fait la demande.

Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'un total de 20 heures réparties sur un mois à compter du décès.

Prise en charge des enfants et des petits-enfants

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche, pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

Ou le transfert chez un proche

Dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants chez un proche.

Ou la garde au domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 30 heures, réparties sur un mois à compter de la date du décès.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

Et la conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et prend en charge le trajet (aller-retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois à partir du décès. La prestation est réalisée par l'un des prestataires de l'Assisteur.

Prise en charge des ascendants dépendants

La venue d'un proche

Le déplacement (aller et retour) d'un proche susceptible de s'occuper de l'Ascendant au Domicile de l'Assuré. Un unique déplacement sera pris en charge par décès.

Le transfert chez un proche

Le déplacement (aller et retour) de l'Ascendant afin qu'il rejoigne le domicile d'un proche désigné. Un unique déplacement sera pris en charge par décès.

La garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie

Dans le cas où aucun proche ne peut s'occuper du parent concerné, l'Assisteur organise et missionne un professionnel agréé pour le garder.

Cette garde dure au maximum 30 heures, réparties sur un mois à compter du décès.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

Garde des animaux domestiques familiers

L'Assisteur organise et prend en charge, par l'intervention d'un « pet sitter » agréé, le soin quotidien de l'animal familial au domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation recouvre les activités de préparation et de mise à disposition de nourriture, changement de litière, brossage, promenade. L'achat du matériel et de la nourriture reste à la charge des Bénéficiaires. Le toilettage et les soins vétérinaires sont exclus.

L'Assisteur évalue la situation avec le Bénéficiaire, pour adapter les modalités d'intervention. Cette prestation est réalisée dans la limite d'une durée totale maximale de 30 jours.

Le Bénéficiaire, lors de la demande de mise en œuvre de la garantie, indique le nombre de passages quotidiens qu'il souhaite. Le Bénéficiaire pourra demander jusqu'à trois passages par jour. La prestation est réalisée au maximum dans les trente jours qui suivent la date de l'événement qui a suscité la mise en œuvre de la garantie.

Cette garantie ne s'applique que si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- Il y a mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux,
- Une prise en charge portera au maximum sur trois animaux familiers,
- Les animaux domestiques sont les animaux familiers (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge,
- Les chiens de 1^{re} et 2^e catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L.211-12 du Code rural sont exclus,
- Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires,
- Les animaux sont identifiés (puçage, tatouage). À cet effet, il pourra être demandé, le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.

Les garanties décrites dans la présente convention ne peuvent être mises en œuvre que sous réserve des disponibilités locales.

Pour les garanties concernant la recherche de professionnels :

Dans tous les cas, l'Assisteur prend en compte le critère de la proximité du professionnel par rapport au Domicile, pour proposer des coordonnées.

L'Assisteur n'est pas responsable de la qualité du travail réalisé par les professionnels dont les coordonnées ont été communiquées.

Le Bénéficiaire reste libre de contacter le professionnel de son choix, qui peut être l'un de ceux indiqués par l'Assisteur ou tout autre professionnel.

Pour les prestations concernant les Enfants et les Petits-Enfants :

La personne missionnée au domicile de l'Enfant (ou du petit-enfant) bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. L'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenu responsable des événements pouvant survenir pendant les prises en charge des Enfants confiés.

Certaines garanties de cette notice prévoient la communication d'informations au Bénéficiaire. Nous attirons votre attention sur les garanties visant à fournir des informations :

– Toutes les questions du Bénéficiaire devront concerner le droit français en vigueur, à l'exclusion de tout autre droit.

Pour certaines questions, la réponse ne pourra pas être immédiate. Selon le cas, l'Assisteur devra se documenter ou effectuer des recherches. Dans ce cas, le Bénéficiaire sera rappelé pour que les informations nécessaires lui soient communiquées.

Les informations fournies dans le cadre de ces garanties sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. La responsabilité de l'Assisteur ne pourra en aucun cas être engagée quant à l'interprétation des informations transmises, ou aux conséquences éventuelles de cette interprétation (notamment, l'utilisation que le Bénéficiaire décidera d'en faire.) En particulier :

- **Les informations à caractère médical ne pourront pas être considérées comme des consultations médicales.**
- **Aucune information communiquée ne pourra être assimilée à une consultation juridique. L'Assisteur ne communiquera aucune confirmation écrite des informations données.**

Cadre juridique

AUXIA ASSISTANCE intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux. Seules les garanties organisées par ou en accord avec AUXIA ASSISTANCE sont prises en charge.

AUXIA ASSISTANCE n'intervient pas dans les cas où le demandeur aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

DUREE DES GARANTIES

Les garanties de la présente convention sont acquises jusqu'à la date à laquelle le contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis et ouvrant droit à la présente assistance prend fin pour quelque raison que ce soit.

TRANSMISSION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES

Compte tenu de la nature des services d'assistance proposés, AUXIA ASSISTANCE se réserve le droit de demander des pièces médicales justificatives de l'état de santé du Bénéficiaire avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

Conformément à la loi n°2002-303 du 4 mars 2003 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé et afin de permettre à AUXIA ASSISTANCE de préserver la confidentialité des informations transmises, le bénéficiaire est invité à transmettre les pièces médicales sous pli cacheté destiné au Médecin conseil désigné par AUXIA ASSISTANCE dont l'adresse lui sera communiquée par téléphone.

Les services d'AUXIA ASSISTANCE sont organisés pour garantir la confidentialité des données de santé et ne communiquent aux services administratifs d'AUXIA ASSISTANCE aucuns détails sur la pathologie du Bénéficiaire.

CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

Absence de responsabilité d'AUXIA ASSISTANCE en cas de force majeure

AUXIA ASSISTANCE ne peut être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des garanties d'assistance de la présente convention en cas de force majeure.

Subrogation

AUXIA ASSISTANCE est subrogé dans les droits et actions de toute personne Bénéficiaire de tout ou partie des garanties d'assistance figurant au présent contrat, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par AUXIA ASSISTANCE en exécution du présent contrat.

Déchéance des garanties

Le non-respect par le Bénéficiaire de ses obligations contractuelles entraîne la déchéance de ses droits au titre de l'événement survenu, si AUXIA ASSISTANCE prouve que le Bénéficiaire a tardé à déclarer le sinistre et que ce retard :

- n'est pas dû à un cas de force majeure,
- et cause un préjudice à AUXIA ASSISTANCE.

Lorsque le comportement de l'une des Personnes concernées est susceptible de constituer un délit ou un crime (exemple discrimination, harcèlement ou atteintes aux personnes mandatées par l'assisteur pour délivrer le service), AUXIA ASSISTANCE se réserve le droit de suspendre l'exécution des prestations jusqu'à ce qu'une autorité administrative prononce une décision définitive sur la qualification des faits. AUXIA ASSISTANCE réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement

Cas d'exclusion

Dans les cas listés ci-après, les garanties ne sont pas applicables :

- Les frais engagés sans l'accord préalable d'AUXIA ASSISTANCE,
- Toute prestation non expressément prévue par les clauses du présent contrat,
- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les sinistres survenus avant la date de prise d'effet du présent contrat ou après le terme de ce contrat,
- Les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool (selon le seuil fixé par le Code de la route français à l'article R234-1),
- Les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs du Bénéficiaire,
- La participation du Bénéficiaire à un crime, à un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- La tentative de suicide du Bénéficiaire,
- Les événements survenus lors de la pratique de sports dangereux (sports de combat, sports aériens, sports mécaniques) ou de la participation en tant que concurrent à des compétitions, paris ou défis,
- Les conséquences des interventions à caractère esthétique sur la personne du Bénéficiaire.

Fausse déclaration intentionnelle de sinistre

Si le Bénéficiaire fait sciemment une fausse déclaration portant sur la nature ou les conséquences d'un sinistre, il peut être déchu de tout droit à la garantie pour le sinistre. Le cas échéant, les frais engagés à tort par AUXIA ASSISTANCE devront être remboursés.

Prescription

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L.114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'article L.114-3 du Code des assurances prévoit que, « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), les personnes physiques définies dans la partie « Définitions » des présentes conditions générales sont « les Personnes concernées ». Les Personnes concernées sont informées par AUXIA ASSISTANCE, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que AUXIA ASSISTANCE a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel des Personnes concernées peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès d'AUXIA ASSISTANCE ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis des Personnes concernées sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par les Personnes concernées ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification des Personnes concernées ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude.

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ne pas exploiter les données personnelles des Personnes concernées pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à leur situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à leur vie personnelle, à leur santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc...

Le consentement explicite et spécifique des Personnes concernées est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel des Personnes concernées sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services d'AUXIA ASSISTANCE dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé des Personnes concernées sont destinées au Service médical désigné par AUXIA ASSISTANCE et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ce que les données à caractère personnel des Personnes concernées ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé des Personnes concernées sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel des Personnes concernées venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, AUXIA ASSISTANCE s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec les Personnes concernées varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales d'AUXIA ASSISTANCE et des prescriptions légales applicables.

AUXIA ASSISTANCE et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données des Personnes concernées et (2) à notifier à la CNIL et informer ces dernières en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Les Personnes concernées disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Les Personnes concernées disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont elles font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Elles disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, les Personnes concernées disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Les Personnes concernées disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

TRAITEMENT DES RECLAMATIONS ET DEMANDES CLIENTS

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent contacter leur conseiller ou contact habituel.

La réclamation peut également être adressée :

- par mail à : info@auxia.com;
- par courrier à l'adresse du service :

AUXIA ASSISTANCE – Direction du service client - TSA 10001 - 78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou lorsque l'organisme assureur ou gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le souscripteur, l'assuré, et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au Médiateur de l'Assurance, à l'adresse suivante :

M. le Médiateur de L'Assurance
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09

ou par voie électronique : www.mediation-assurance.org dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée au contrat sera portée devant le tribunal compétent.

Annexe le service de téléconsultation

MENTIONS LÉGALES ET CONDITIONS GÉNÉRALES D'UTILISATION DU SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE – JUILLET 2023

L'OBJET DE LA TELECONSULTATION

Dans le cadre de son offre d'assistance, AUXIA ASSISTANCE propose au Bénéficiaire un Service de téléconsultation médicale par visioconférence.

Les présentes Conditions générales d'utilisation définissent les droits et obligations du Bénéficiaire au titre de la fourniture du **Service de téléconsultation médicale**.

Le Service de téléconsultation médicale est proposé par :

AUXIA ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des assurances, Société anonyme au capital de 1 780 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761, siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

AUXIA Assistance est une société du groupe Malakoff Humanis.

Le Service de téléconsultation médicale est accessible et délivré par l'Opérateur de services :

TBNO INVEST, SASU, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Marseille sous le N° 529 134 942 RCS Nanterre, dont le siège social sis Centre d'Affaires Alta Rocca Batc, : 137 Rue d'Aguesseau 92100 Boulogne-Billancourt.

Les Données personnelles de santé recueillies dans le cadre du présent Service sont hébergées par TBNO INVEST, SASU en France sur les serveurs HDS sécurisés de Cegecim.Cloud.



Mise en garde Le service de téléconsultation médicale ne constitue en aucun cas un service d'urgence. Toute situation d'urgence médicale doit conduire immédiatement le Bénéficiaire à contacter les numéros d'urgence tels que : **SAMU 15 ; Police Secours 17 ; Pompier 18 ou le 112.**

Avant de demander la mise en œuvre du service le Bénéficiaire est invité à s'assurer au préalable que son médecin traitant est absent ou indisponible. En effet, le service de téléconsultation est proposé uniquement en complément de la prise en charge et du suivi effectués par le médecin traitant ou les autres professionnels de santé en charge du Bénéficiaire.

Le Médecin téléconsultant peut, au cours de la téléconsultation, estimer que le service n'est pas adapté à la situation de ce dernier, en particulier lorsqu'un examen clinique avec présence physique du Bénéficiaire ou des examens complémentaires sont nécessaires. Le Bénéficiaire sera alors invité à consulter son médecin traitant ou à se rendre aux urgences.

Le Bénéficiaire est informé et accepte que l'Opérateur de Service TBNO Invest n'effectue aucune vérification, validation ou contrôle sur l'exactitude, la cohérence, la qualité des données saisies par le Bénéficiaire, ni des décisions qu'il prend concernant sa santé.

En raison de la sensibilité des données de santé collectées et traitées dans le cadre du service, le Bénéficiaire est mis en garde sur la nécessité de veiller à la confidentialité de ses informations d'accès au service à l'égard de tiers.

LE BENEFICIAIRE DE LA TELECONSULTATION

« **Bénéficiaire** » désigne les assurés d'une entité qui bénéficient du contrat d'assistance Santé, incluant le service de Téléconsultation médicale, déclarés par cette entité auprès d'Auxia Assistance.

LA DESCRIPTION DU SERVICE ET DES MODALITES

Conditions d'accès au Service



Accessibilité

Pour accéder au service, appelez le 09 86 86 00 67 pour être redirigé vers le service de téléconsultation par visioconférence.

Vous pouvez également, si votre espace client le prévoit, accéder à ce service via votre espace client.

Le Bénéficiaire pourra bénéficier d'une téléconsultation médicale auprès d'un Médecin généraliste par visioconférence dans un délai d'attente maximum de 60 minutes.

Chaque Bénéficiaire dispose d'un droit à 5 téléconsultations par année civile 7 jours sur 7 de 8h à 20h (GMT+2/GMT+1). Au-delà de cinq téléconsultations au cours d'une même année, le Service ne sera pas délivré.



Mise en œuvre du service lors d'un déplacement à l'étranger

Le service peut être accessible depuis l'étranger, selon la réglementation locale et aux horaires applicables en France métropolitaine.

Aucune prescription médicale n'est toutefois délivrée en dehors de l'Union Européenne.

Les téléconsultations non utilisées au cours d'une année ne pourront pas être reportées sur l'année suivante ni faire l'objet d'aucun remboursement. Elles ne peuvent être cédées à un tiers.

Enfin, le Bénéficiaire est informé et accepte que l'intégralité des frais de téléphone et/ou de connexion au réseau Internet reste à sa charge.

Précision sur le Bénéficiaire

L'accès au Service est réservé aux Bénéficiaires âgés d'au moins 18 ans. Lorsque le Bénéficiaire est majeur sous protection juridique (tutelle ou curatelle), il est accompagné du mandataire judiciaire à la protection de majeurs.

Le Service est ouvert aux Bénéficiaires âgés de moins de 18 ans s'ils sont accompagnés de la personne titulaire de l'autorité parentale.

Les outils nécessaires à l'utilisation du Service de téléconsultation

Le Service requiert :

- une adresse-mail personnelle,
- un accès Internet de bonne qualité comprenant un navigateur Internet récent, ainsi qu'un équipement informatique de type ordinateur, tablette ou smartphone, équipé d'une caméra et d'un micro pour la réalisation de la consultation médicale par visioconférence et le cas échéant la réception de prescriptions médicales.

Précision sur l'usage

Le Service est strictement destiné à l'usage personnel des Bénéficiaires et ne peut pas être utilisé au profit d'une entreprise ou de tout autre organisme. Les sociétés commerciales, et de manière générale tout organisme ou entité ou profession réglementée, ne peuvent pas en tant que tels devenir utilisateurs.

Toute autre utilisation en fraude des droits de l'Assisteur ou de l'Opérateur du Service expose le Bénéficiaire à des poursuites.

L'Opérateur de Service s'engage à traiter les sujets et les informations de façon neutre et se garde de toute attitude publicitaire ou promotionnelle envers un produit, un service ou un organisme particulier conformément aux dispositions du code de la santé publique.

Accès au service de téléconsultation médicale

L'accès au service se réalise de la manière suivante :

Le Bénéficiaire contacte le n° de téléphone communiqué dans le présent document. Un Serveur Vocal Interactif lui communique l'adresse du site internet sur lequel il devra se connecter.

Création et gestion du compte utilisateur sur le Site

L'accès au Service nécessite l'ouverture d'un compte utilisateur.

Le Bénéficiaire crée son compte utilisateur de téléconsultation en confirmant les données d'identification : nom, prénom, date de naissance, numéro de téléphone et/ou adresse mail.

Le Bénéficiaire prend toutes les dispositions utiles pour accéder au Service par des modalités d'accès sécurisées (antivirus à jour, firewall ...) et s'engage à ne pas communiquer ses éléments d'authentification personnels à des tiers.

Lors de la création de son compte utilisateur, le Bénéficiaire reconnaît :

- avoir pris connaissance et accepte expressément et sans réserve les présentes conditions générales d'utilisation,
- avoir pris connaissance et accepte la politique de protection des données personnelles du Service.

Précision sur les données saisies

Le Bénéficiaire communique ses données personnelles sous son entière responsabilité et son entier contrôle et s'engage à communiquer des informations complètes, exactes et actualisées, et à ne pas usurper l'identité d'un tiers, ni à masquer ou modifier son âge.

Dans l'hypothèse où il communiquerait des informations fausses, inexactes, trompeuses, incomplètes ou périmées, Auxia Assistance se réserve la possibilité de suspendre ou de refuser l'accès du Bénéficiaire, sans préavis ni indemnité, de façon temporaire ou définitive, à tout ou partie du Service.

Information et aide à l'orientation dans le parcours de soins

Le Bénéficiaire fait une demande de rendez-vous avec un médecin généraliste téléconsultant. Le Bénéficiaire patiente dans une salle d'attente virtuelle et est mis en contact avec un médecin généraliste.

Les informations communiquées sont strictement indicatives. Elles ne sauraient donc remplacer en tout ou partie, les conseils, diagnostics, traitements ou recommandations fournis par un diagnostic réalisé lors d'une consultation en physique.

Les informations tendent à être scientifiquement exactes, fiables et pertinentes au moment de leur diffusion. Néanmoins, l'Assisteuse et l'Opérateur de service ne sauraient être tenus responsables de l'interprétation ou de l'utilisation par le Bénéficiaire des informations ainsi délivrées.

Téléconsultation médicale

La téléconsultation médicale délivrée par un Médecin téléconsultant est réalisée par visioconférence.

A cette occasion, le Médecin généraliste téléconsultant pourra délivrer une Prescription médicale sous sa responsabilité et s'il l'estime approprié compte tenu de la situation du Bénéficiaire.

La Prescription médicale est accessible par le Bénéficiaire en téléchargement sous format PDF sur son compte utilisateur.

Sur demande expresse du Bénéficiaire, le compte-rendu de la téléconsultation médicale pourra être adressé par courrier postal à son médecin traitant.

A l'issue de la téléconsultation médicale, un compte-rendu est établi par le Médecin téléconsultant et déposé sur le compte utilisateur du Bénéficiaire.

Restrictions d'accès au service de téléconsultation

Les exclusions déjà prévues dans le contrat d'assistance d'AUXIA ASSISTANCE sont applicables au Service de téléconsultation.

En plus de ces exclusions, les situations suivantes sont exclues du Service :

- Les situations d'urgence médicale,
- Les situations nécessitant un examen physique du Bénéficiaire,
- Les demandes de téléconsultation avec un médecin autre qu'un médecin généraliste,
- Le suivi de pathologies chroniques, de grossesse, des nourrissons de moins de 12 mois,
- Les prescriptions d'arrêt de travail et de certificat médical,
- Les demandes de second avis médical,
- Les prescriptions pour un renouvellement de traitement (inférieur à 7 jours),
- Les prescriptions de traitement supérieur à 7 jours,
- Les prescriptions de médicaments soumis à prescription restreinte, soumis à accord préalable, d'exception et de stupéfiants,
- Les prescriptions de préparations magistrales ou officinales.

Dans de telles situations, le Professionnel de santé informe le Bénéficiaire et lui expose les motifs de l'impossibilité de lui délivrer le Service.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Le Bénéficiaire est informé, que **son consentement sera systématiquement recueilli à chaque utilisation du Service**, que ce soit :

- la réalisation d'une téléconsultation en ce qu'elle constitue des actes de télé médecine,
- l'échange et le partage de ses données entre les Professionnels de santé participant à la fourniture du service de téléconsultation dans le cadre du Service, et appartenant à une équipe de soins,
- l'échange de ses données avec son médecin traitant, pour l'envoi de son compte-rendu de téléconsultation, le cas échéant.

Le Bénéficiaire est informé qu'à tout moment et gratuitement, il a la possibilité de retirer son consentement, selon les modalités suivantes :

- Par email à : dpo@cegedim-sante.com
- Par courrier postal à : CEGEDIM SANTE – A l'attention du DPO – 137 rue d'Aguesseau - 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT

Le cas échéant, le Bénéficiaire reconnaît en particulier qu'il ne pourra plus bénéficier du Service à compter du retrait de son consentement.

LES DEFINITIONS UTILES

Lorsqu'ils commencent par une majuscule, les termes ci-après définis ont le sens et la portée donnés dans leur définition dans le cadre de la conclusion et de l'exécution des présentes conditions générales d'utilisation :

« **CGU** » désigne les présentes conditions générales d'utilisation du service de téléconsultation médicale.

« **Contenu** » désigne l'ensemble des fonctionnalités et plus largement tout élément existant au sein du Service.

« **Données de santé** » désigne toute donnée à caractère personnel relative à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé passé, présent ou futur de cette personne. La donnée médicale fait partie des Données personnelles de santé.

« **Données personnelles** » désigne toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un prénom, un numéro de contrat d'un organisme de Malakoff Humanis, un numéro de téléphone, des données de localisation, un

identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

| | |
|-------------------------------|---|
| « Médecin » | désigne le docteur en médecine générale inscrit auprès de l'Ordre des médecins, exerçant en France, et missionné par l'Opérateur de Service pour la délivrance du Service de Téléconsultation Médicale au sens de l'article R. 6316-1 du code de la santé publique. |
| « Prescription médicale » | désigne les formulations par le Médecin concernant la prise de médicaments et autres produits de santé ou le besoin de traitements médicaux complémentaires, prenant la forme d'une ordonnance au sens des dispositions du code de la santé publique. |
| « Professionnel de santé » | désigne les Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat ainsi que les Médecins téléconsultants participant à la délivrance des Services de Téléconsultation Médicale dans les limites de leurs compétences respectives. |
| « Réglementation » | désigne toute réglementation applicable aux Données personnelles et en particulier le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données personnelles et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ainsi que la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. |
| « Responsable de traitement » | désigne la personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou un autre organisme qui, seul ou conjointement avec d'autres, détermine les finalités et les moyens du traitement; lorsque les finalités et les moyens de ce traitement sont déterminés par le droit de l'Union ou le droit d'un État membre, le responsable du traitement peut être désigné ou les critères spécifiques applicables à sa désignation peuvent être prévus par le droit de l'Union ou par le droit d'un État membre. |
| « Service » | désigne le service de téléconsultation médicale. |
| « Site » | désigne le Site Internet accessible permettant l'accès et la mise en œuvre du Service de téléconsultation médicale. |

LE CADRE JURIDIQUE

Responsabilité

Responsabilité du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire demeure est pleinement et personnellement responsable de l'utilisation du Service - en particulier de l'utilisation des informations dont il bénéficie dans ce cadre ainsi que de l'exactitude de l'ensemble des informations qu'il communique dans le cadre du Service dans les conditions de droit commun.

En aucun cas, l'Opérateur de Service n'est en mesure d'effectuer des vérifications ou des contrôles de cohérence, d'exactitude ou de pertinence (notamment sur les plans scientifique, médical ou sanitaire) des données ou informations communiquées par le Bénéficiaire.

Le Bénéficiaire s'engage à valider l'adéquation du Service à ses besoins. Le Bénéficiaire reconnaît qu'il prend seul toute décision fondée sur le Service, le cas échéant, et que l'Opérateur de Service n'intervient pas dans le cadre de la gestion d'une situation d'urgence médicale.

Toute situation d'urgence médicale doit conduire le Bénéficiaire à contacter immédiatement son médecin traitant ou médecin spécialiste qui le suit pour sa pathologie ou à composer les numéros d'urgence.

De manière générale, le Bénéficiaire s'engage à utiliser le Service dans le respect des présentes CGU, des lois, Réglementation et droits des tiers ; de manière loyale et conformément à sa destination.

En cas de non-respect d'une ou plusieurs dispositions des présentes CGU, la délivrance du Service au Bénéficiaire, pourra être, unilatéralement, de plein droit et sans préavis, temporairement ou définitivement suspendue.

Responsabilité de l'Opérateur de Service et de l'Assisteur

AUXIA ASSISTANCE et l'Opérateur de service s'engagent au titre d'une obligation de moyens dans le cadre de la mise à disposition du Service fourni dans les limites définies aux présentes CGU.

Responsabilité et déontologie des professionnels de santé

Les Professionnels de santé intervenant dans le cadre du Service sont soumis au respect de l'intégralité des règles déontologiques présidant à l'exercice de leur profession telles qu'elles sont définies dans le Code de déontologie qui leur est applicable et interprétées par le Conseil National de l'ordre professionnel dont ils relèvent.

Le Service ne contrevient aucunement à l'une quelconque des obligations déontologiques s'imposant aux Professionnels de santé, en particulier : le principe d'indépendance, du libre choix du patient, ou encore le principe d'interdiction de tout procédé direct ou indirect de publicité, notamment en faveur d'un professionnel de santé.

Les Professionnels de santé, chacun en ce qui les concerne, sont intégralement et exclusivement responsables des informations, conseils, orientations et décisions qu'ils donnent au Bénéficiaire dans le cadre de l'utilisation par ce dernier du Service, conformément aux obligations légales, réglementaires et déontologiques qui président à l'exercice de leurs activités professionnelles.

Dans le cadre d'une communication à distance, les Professionnels de santé ne sont pas en mesure d'effectuer des vérifications ou des contrôles de cohérence, d'exactitude ou de pertinence des informations communiquées par le Bénéficiaire. A ce titre et dans le cas de transmission d'informations erronées par le Bénéficiaire, leur responsabilité ne pourra être engagée.

Force majeure

AUXIA ASSISTANCE et l'Opérateur de service ne seront pas tenus responsables de toute inexécution ou retard dans l'exécution du Service, causés par des événements hors de leur contrôle qui ne pouvaient être raisonnablement prévus et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, et empêchant l'exécution de leurs obligations au sens de la définition légale figurant à l'article 1218 du Code civil.

Secret médical

Le Bénéficiaire du service de téléconsultation acquiert la qualité de patient et l'ensemble des Données de santé recueillies ou produites à l'occasion de sa prise en charge sont soumises au secret médical.

À ce titre, les mesures de sécurité conformes aux exigences légales et réglementaires en vigueur sont déployées aux fins d'assurer la protection des Données de santé à caractère personnel qui seront transmises par le Bénéficiaire aux Infirmier(e) diplômé d'Etat et Médecins du Service.

Les Données de santé communiquées par le Bénéficiaire sont destinées exclusivement :

- aux Infirmier(e) diplômé d'Etat ,
- aux Médecins,
- aux personnels strictement habilités de l'hébergeur certifié de Données de santé, au sens de l'article L.1111-8 du code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives.

Protection des données à caractère personnel

Au regard de la Réglementation en matière de protection des Données, il est précisé que :

- AUXIA ASSISTANCE est Responsable de traitement au titre de la délivrance mise à disposition du Service de téléconsultation médicale, tel que décrit aux présentes ;
- TBNO Invest a la qualité de Responsable de traitement au titre de la délivrance réalisation des actes de téléconsultation médicale délivrés par les Professionnels de santé qu'elle salarie.

Le Service est destiné à permettre aux Bénéficiaires consentants de bénéficier de consultation médicale à distance en lien avec leur état de santé. La mise en œuvre du Service nécessite la collecte et le traitement de Données à caractère personnel au sens de la Réglementation susmentionnée.

Le Bénéficiaire est informé que les Données personnelles le concernant collectées et traitées dans le cadre du Service sont nécessaires à la fourniture des fonctionnalités du Service. A défaut, le Bénéficiaire ne pourra pas accéder au Site ni bénéficier du Service.

Le Bénéficiaire ne peut utiliser le Service qu'après avoir émis un consentement exprès et préalable au titre du traitement de ses Données de santé par le biais d'une case à cocher spécifique qui lui est proposée au moment de la création du compte.

L'attention du Bénéficiaire est attirée sur la sensibilité de ses Données de santé, couvertes par le secret médical qui s'impose aux professionnels de santé et dont l'utilisation par des personnes mal intentionnées est potentiellement susceptible de lui être dommageable.

Les Données personnelles de l'Utilisateur sont strictement destinées :

- à AUXIA ASSISTANCE, et ce uniquement pour les données administratives et d'identification de l'Utilisateur afin de permettre la vérification de son éligibilité au Service ;
- aux Professionnels de santé délivrant le Service dans le respect des règles relatives au secret médical et au partage des Données de santé couvertes par le secret médical ;
- aux chargés d'assistance spécifiquement habilités participant au Service de téléconsultation et dans le respect de leurs missions de gestion administrative ;
- aux membres du personnel des prestataires techniques et des sous-traitants de TBNO Invest spécifiquement habilités et dans le strict respect de leurs missions ;
- aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés (les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, les ministères concernés...).
- au personnel strictement habilité de l'hébergeur certifié de Données de santé, au sens de l'article L.1111-8 du code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives.

L'Opérateur de Service garantit au Bénéficiaire que ses Données personnelles ne seront transmises à aucun tiers non autorisé, sans son accord. En particulier, le Bénéficiaire est informé que ses Données de santé ne sont en aucun cas transmises à AUXIA ASSISTANCE.

Le Bénéficiaire est informé que conformément à l'article 17 du RGPD et afin de permettre à TBNO de se défendre en cas de litige, les données générées par l'utilisation des Services seront conservées dans un délai de 5 ans à compter de la clôture du compte. En revanche, les données de santé du patient sont conservées pendant la durée demandée par le Responsable de Traitement.

Elles seront susceptibles de faire l'objet d'analyses et d'études statistiques, **dans le respect de l'anonymat du Bénéficiaire.**

Conformément à la Règlementation, le Bénéficiaire est titulaire d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des Données personnelles le concernant. Dans la limite des modalités légales, le Bénéficiaire dispose d'un droit à la portabilité des Données personnelles qu'il a fournies et du droit de décider du sort de ses données après sa mort.

Le Bénéficiaire peut également faire valoir son droit de limitation et son droit d'opposition selon les modalités légales.

Enfin, il dispose du droit de retirer son consentement à tout moment.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits, directement auprès de l'Opérateur du Service :

- Par email à : dpo@cegedim-sante.com
- Par courrier postal à : : CEGEDIM SANTE – A l'attention du DPO – 137 rue d'Aguesseau - 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT

Toutes les demandes seront étudiées et recevront une réponse dans un délai d'un (1) mois maximum à compter de la réception de la demande. Si la demande est imprécise ou ne comporte pas tous les éléments permettant de procéder aux opérations qui lui sont demandées, il pourra être demandé des éléments complémentaires. De même, il peut être demandé des informations supplémentaires en cas de doute sur l'identité du demandeur.

Le Bénéficiaire peut s'adresser au délégué à la protection des données à caractère personnel pour toute question concernant ses Données personnelles.

En cas de réclamation relative à la protection des données, il lui est possible, le cas échéant, de saisir la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Le Bénéficiaire est invité à consulter la politique de protection des Données personnelles du Groupe Malakoff Humanis, accessible via le Site.

L'Opérateur de Service met en œuvre toutes les mesures de sécurité afin de garantir la protection et la sécurité des Données personnelles du Bénéficiaire.

De manière générale, la préservation de la sécurité du compte utilisateur impose aux Bénéficiaires :

- de respecter les consignes de sécurité et notamment les règles relatives à la définition et au changement de ses éléments d'authentification,
- de respecter la gestion des accès, en particulier, ne pas utiliser les éléments d'authentification d'un autre Bénéficiaire et ne pas les dévoiler à un tiers, quelles que soient ses qualités et activités professionnelles,
- d'avertir l'Opérateur de Service de tout dysfonctionnement technique constaté et de toute anomalie découverte.

Les Bénéficiaires reconnaissent l'existence de risques inhérents à l'utilisation des télécommunications et ce, même en présence d'un accès sécurisé tel qu'il est mis en œuvre dans le cadre du Service.

L'Opérateur de Service ne saurait être tenu responsable des contraintes techniques qui ne sont pas sous son contrôle et sa responsabilité.

Convention de preuve

Le Bénéficiaire reconnaît et accepte, qu'après son authentification via le Site : l'acceptation des présentes CGU, de la politique de protection des Données à caractère personnel et du recueil de son consentement au titre du traitement de ses Données de santé, constituent notamment une signature électronique au sens des dispositions des articles 1366 et suivants du Code Civil.

Conformément aux dispositions des articles 1366 et suivants du Code Civil et des articles 1111-25 et suivants du code de la santé publique, la mise en œuvre d'une signature électronique, sur la base d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache, est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées. Notamment, la mise en œuvre d'une signature électronique, sur la base de l'usage d'un mot de passe/login, est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées.

En conséquence de quoi, sauf erreur manifeste et prouvée de l'Opérateur de Service, le Bénéficiaire ne pourra pas contester la recevabilité, la validité ou la force probante des éléments sous format ou support électronique précités, sur le fondement de quelque disposition légale que ce soit et qui spécifierait que certains documents doivent être écrits ou signés pour constituer une preuve.

Ainsi, les éléments considérés constituent des preuves et, s'ils sont produits comme moyens de preuve par l'Opérateur de Service dans toute procédure contentieuse ou autre, seront recevables, valables et opposables de la même manière, dans les mêmes conditions et avec la même force probante que tout document qui serait établi, reçu ou conservé par écrit.

Le Bénéficiaire est informé et reconnaît que toute ordonnance générée dans le cadre du Service repose sur une signature électronique simple, émise sur la base d'un procédé fiable d'identification défini par convention avec les Médecins téléconsultants garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache et l'intégrité des données matérialisées.

Le Bénéficiaire est informé et reconnaît que la convention de preuve portant sur les ordonnances lui est opposable et accepte, qu'après l'authentification du Médecin généraliste, toute manifestation de sa volonté pour l'émission des comptes rendus et des ordonnances en cas de Prescriptions, reposent sur une signature électronique au sens des dispositions des articles 1366 et suivants du Code civil, et manifeste l'accord du Médecin généraliste en caractérisant sa preuve.

Documents contractuels

Les CGU ainsi que la politique de protection des Données à caractère personnel constituent les dispositions contractuelles encadrant l'utilisation du Service.

Si une disposition des présentes CGU était jugée invalide par un tribunal compétent, l'invalidité de cette disposition n'en affecterait pas pour autant la validité des autres dispositions des CGU qui resteraient valides et en vigueur.

Aucune renonciation à l'une des dispositions de ces CGU ne peut être considérée comme valant renonciation définitive à cette disposition ou à d'autres dispositions des présentes CGU.

Entrée en vigueur et acceptation des CGU

Les présentes CGU entrent en vigueur sans réserve à compter 1er janvier 2024 et s'appliquent durant toute la durée de l'utilisation du Service.

De manière générale, l'attention du Bénéficiaire est attirée sur le fait que l'utilisation du Service emporte acceptation des présentes CGU et des règles d'accès au Site.

Le Bénéficiaire est invité à lire attentivement les présentes CGU. Il disposera de la possibilité de les consulter à tout moment sur le Site ainsi que la politique de protection des Données personnelles associée.

Auxia Assistance et l'Opérateur de Service se réservent le droit de faire évoluer le Service. Des modifications techniques pourront intervenir sans préavis.

Résiliation de l'accès au service de téléconsultation

Le Bénéficiaire accepte que l'Opérateur de Service résilie immédiatement son accès au Service de téléconsultation sans préavis, ni mise en demeure, ni indemnité de quelque nature que ce soit, à l'échéance de son contrat d'assurance santé ouvrant au Service de téléconsultation, ou en cas de manquement à l'une quelconque des obligations décrites aux présentes CGU, ou à la législation en vigueur. Sans limitation de ce qui précède, sont susceptibles de fonder une résiliation de l'accès du Bénéficiaire au Service de téléconsultation :

- Les infractions ou violations des présentes CGU ;
- Le non-respect d'une disposition légale ou réglementaire en vigueur ;
- Toute attitude ou propos indécent ou irrespectueux dans le cadre de l'utilisation du Service de téléconsultation ;
- Une tentative d'accès au Service de téléconsultation non autorisée, par une utilisation frauduleuse du système ou par une usurpation des éléments d'authentification ;
- Un empêchement définitif du Bénéficiaire.

En cas de résiliation du contrat d'assurance du Bénéficiaire lui permettant d'accéder au Service de téléconsultation médicale, l'accès au Service cessera à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance susvisé.

Une fois le Service résilié, le Bénéficiaire conservera un accès au Site. Il pourra ainsi retrouver l'historique de son activité sur le Site dans la limite des délais de conservation (prise de rdv, téléconsultation sans RDV, documents).

Information et réclamation

Toute demande de renseignement, d'information ou réclamation relative au Service et aux présentes CGU doit être adressée par courrier postal à :

TBNO INVEST
137 rue d'Aguesseau
92100 Boulogne Billancourt

Le service réclamation prend en charge votre demande et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

Loi applicable et attribution de juridiction

Tout litige relatif au Service sera soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun. Les présentes CGU sont soumises à la loi française.



AUXIA ASSISTANCE
SA au capital de 1 780 000 €
Entreprise régie par le Code des
assurances
21 rue Laffitte – 75009 Paris
351 733 761 RCS Paris