

Relaxeo Santé

Complémentaire santé

Notice d'information valant conditions générales



PRÉAMBULE	5
1. INFORMATIONS GÉNÉRALES	5
2. LA GARANTIE	6
3. PRESTATIONS	8
4. COTISATIONS	10
5. AUTRES INFORMATIONS	10
6. VENTE À DISTANCE : CONCLUSION DE L'ADHÉSION ET DROIT DE RENONCIATION	12
PRÉAMBULE	13
1. GÉNÉRALITÉS	13
2. CONDITIONS ET MODALITÉS D'APPLICATION DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE	13
3. MODALITÉS D'INTERVENTION	14
4. PRESTATIONS D'ASSISTANCE	14
5. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	17
GMPA	19

PREAMBULE

Le contrat d'assurance frais de santé Relaxeo santé est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des Assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Il est souscrit par GPMA (Groupement Prévoyance Maladie Accident), association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - 7, boulevard Haussmann - 75447 Paris cedex 09, auprès de L'ÉQUITÉ, au profit de ses adhérents.

L'assureur des garanties Frais de Santé est : L'ÉQUITÉ - Société anonyme au capital de 22 469 320 euros Entreprise régie par le Code des assurances RCS Paris B 572 084 697 - Siège Social : 7, boulevard Haussmann - 75442 Paris Cedex 09 Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

L'assureur délègue la gestion à : AFI Assurances - 12 rue du Bois Guillaume - 91055 EVRY Cedex

Le contrat groupe est géré dans le cadre de la convention n° AC 488139 et n° AC 488141. Il se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,
- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat groupe auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

1. INFORMATIONS GENERALES

1.1 OBJET DE L'ADHESION

L'adhésion au contrat a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais de santé engagés par les assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s) à l'occasion d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité.

1.2 CONDITIONS D'ADHESION

L'admission à la présente assurance en qualité d'assuré est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- être adhérentes à l'Association GPMA,
- relever du Régime Obligatoire français ou du régime général des Travailleurs Non-Salariés,
- ne pas dépasser l'âge limite de souscription à la date de signature de la demande d'adhésion, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance. Les âges maximums sont donnés par niveau de garanties ::

Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
Sans limite	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans

Les frontaliers qui résident en France et travaillent en Suisse sont exclus du bénéfice de cette gamme.

1.3 MODALITÉS D'ADHESION

Le demandeur, après avoir pris connaissance des présentes Notice d'Information et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il devra désigner ses éventuels ayants droit, parmi :

- son conjoint,
 - personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement,
 - son concubin, sous réserve de la production d'un justificatif de concubinage ou de vie commune,
 - son partenaire, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité.
- les enfants,
 - âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire auquel relève l'adhérent ou son conjoint,
 - âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
 - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
 - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
 - sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.
- les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'adhérent ou celui de son conjoint.

Le demandeur devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi (Formule 1, Formule 2, Formule 3, Formule 4, Formule 5).

Les garanties choisies seront ensuite identiques pour les ayants droit.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, qu'elle que soit le niveau de garanties choisi.

Toute adhésion au contrat nécessite au préalable d'adhérer à l'Association GPMA dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée chaque mois . A ce titre, l'adhérent recevra une copie des statuts de l'association.

1.4 PRISE D'EFFET ET DUREE DE L'ADHESION

L'adhésion est réputée conclue à la date d'émission du certificat d'adhésion.

Sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation, la date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion ; elle est toujours fixée au plus tôt le jour de la réception du dossier complet.

La date d'échéance de l'adhésion est fixée au 1^{er} du mois de la date d'effet du contrat.

L'adhésion est reconduite pour une durée annuelle avec une possibilité de résiliation, à la date d'échéance de l'adhésion ou en cours d'année comme précisé au paragraphe « RÉSILIATION DE L'ADHESION ».

Néanmoins, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'express condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès l'adhésion.

1.5 RESILIATION DE L'ADHESION

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

> Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'adhérent, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à l'adresse suivante : AFI Assurances – 12 rue du Bois Guillaume – 91055 EVRY Cedex

Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

> Conséquences de la résiliation

Notre garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

> Résiliation par l'adhérent

L'adhérent peut résilier son adhésion :

- à l'échéance en adressant à l'assureur, au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion, une lettre recommandée. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure,
- en cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date où l'adhérent a reçu son avis d'échéance. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
- en cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des Assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation. Les dispositions applicables en cas de diminution du risque ne sont pas applicables lorsque l'état de santé de l'assuré se trouve modifié.

> Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des Assurances), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des Assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

> Résiliation par l'adhérent ou par l'assureur

L'adhérent ou l'assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des Assurances), dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'adhérent d'une lettre d'information pour l'assureur.

La résiliation prend effet 1 mois après la notification de la lettre recommandée.

> Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- en cas de décès de l'adhérent. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- en cas de départ de la France métropolitaine ou de la Principauté de Monaco pour une durée supérieure à un an.

La résiliation prend effet le 1^{er} jour qui suit le 1^{er} anniversaire du départ.

1.6 DECLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'adhérent pour son compte et celui de ses ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'adhérent doit fournir des réponses exactes.

À l'adhésion

L'adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

En cours de contrat

L'adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :

- un changement d'état civil,
- une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à un an,
- la survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- l'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites à l'adresse suivante : AFI Assurances – 12 rue du Bois Guillaume – 91055 EVRY Cedex

Ces événements doivent être signalés dans un délai de 15 jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de 10 jours en restituant à l'adhérent le prorata de prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'adhérent.

2. LA GARANTIE

2.1 CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés ou ayants droit d'un affilié au Régime Obligatoire français.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

2.2 PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du contrat prennent effet, soit immédiatement à compter de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, soit à l'issue d'un délai de carence déterminé.

Un délai d'attente de 30 jours s'applique en hospitalisation à l'exception de la prise en charge du forfait journalier. En cas d'hospitalisation consécutive à un accident, le délai de carence ne s'applique pas.

En cas d'augmentation du niveau de garanties, les délais d'attentes s'appliquent aux prestations résultant de cette augmentation.

2.3 ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'adhérent s'applique. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros.

2.4 GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

La gamme comporte plusieurs niveaux de garanties (Formule 1, Formule 2, Formule 3, Formule 4, Formule 5) dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties

Les montants de remboursements s'entendent :

- après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie et de la formule choisie indiquée sur le certificat d'adhésion.

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexées aux présentes Dispositions Générales, sont exprimés, suivant le cas :

- en pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,
- en Frais réels (FR),
- en montant exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie -Sur la majorité des postes, les plafonds sont exprimés par année d'assurance et par bénéficiaire. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Seul le poste « optique » s'apprécie sur une période de deux ans.

Les séjours en maisons de repos et de convalescence suite à hospitalisation sont pris en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement du régime obligatoire, et dans la limite de 30 jours par an et par bénéficiaire, au-delà de cette limite la prise en charge sera limitée au ticket modérateur .

L'hospitalisation à domicile est limitée à 30 jours par an par bénéficiaire, au-delà de cette limite la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.

Le tarif en vigueur auquel se réfère l'assureur pour le calcul des prestations est celui à la date des soins.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

De convention expresse, l'assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

2.5 EXCLUSIONS

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus à l'adhésion.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum et maximum des contrats responsables.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvements populaires
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- de cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou de séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'adhérent des prescriptions du médecin.

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables ».

Le remboursement de la chambre particulière dans le cadre de séjour en maison de repos et convalescence ou d'hospitalisation en milieu spécialisé est exclu.

2.6 CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

L'adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (articles L871-1, R871-1 ET R871-2 du code de la Sécurité sociale modifié par le décret n°2014 -1374 du 18 Novembre 2014).

En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties de la présente adhésion feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'adhérent.

2.7 MODIFICATIONS DES GARANTIES

> À la demande de l'adhérent

A l'échéance principale :

L'adhérent a la possibilité de demander un changement de niveau par écrit et au plus tard deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion.

Toutefois, une diminution du niveau de garantie ne sera acceptée qu'après un délai de douze mois d'assurance minimum suivant la date d'effet de l'adhésion ou la date d'effet d'un avenant s'il fait suite à une augmentation du niveau de remboursements.

Hors échéance principale :

L'adhérent a la possibilité de demander par écrit un changement de niveau de garantie à titre exceptionnel dans le cas d'un changement de situation familiale.

La modification des garanties de l'adhérent et ses ayants droit prendra effet à la date d'effet de l'avenant constatant les modifications.

Les changements de garanties (à la hausse ou à la baisse) entraîneront un recalcul des plafonds (proratation). Pour les équipements en optique le plafond sera recalculé en tenant compte de la période des deux ans.

En cas de modification de cotisation, la différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'assureur conformément aux dispositions de l'article « COTISATIONS ». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

> À la demande de l'assureur

L'adhésion peut être modifiée sur proposition de l'assureur, notamment par nécessité de mise en conformité avec

les dispositions réglementaires régissant les contrats « responsables » (article « Cadre juridique du contrat dit responsable ») : dans ce cas, l'adhérent sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter un tel délai.

L'adhérent sera informé par courrier simple, l'assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Ces modifications sont applicables sous réserve du consentement de l'adhérent dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement de l'adhérent est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'assureur dans les trente jours suivant son exécution.

En cas de refus d'une modification par l'adhérent, celui-ci peut résilier l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

2.8 AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT

À l'échéance principale :

L'adhérent a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou la sortie d'un ayant droit à la date d'échéance principale de l'adhésion, en prévenant l'assureur au plus tard deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion.

Hors échéance principale :

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite à cet effet :

- dans un délai de 2 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification de l'adhésion prendra alors effet :

- à la date de naissance du nouveau-né,
- à la date de jugement d'un enfant adopté,
- à la date de l'union avec son conjoint,
- à la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification de l'adhésion prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'adhérent doit le déclarer par écrit dans les 15 jours suivant cet événement. La modification de l'adhésion prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- à la date du décès,
- à la date de séparation ou de divorce,
- à la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime Obligatoire.

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'assureur pourra demander à l'adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Si un des ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

En cas d'ajout ou de sortie d'ayant droit, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant.

S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'assureur conformément aux dispositions de l'article « COTISATIONS ». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

2.9 ADAPTATION DE L'ADHESION PAR SUITE DE MODIFICATION DU REGIME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE

Les garanties de la présente adhésion, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du régime d'assurance maladie en vigueur lors de sa prise d'effet.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, l'assureur se réserve la faculté de procéder à une révision de l'adhésion, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

L'adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de l'adhésion, sans application du délai de préavis.

3. PRESTATIONS

> Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'adhérent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion.

Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au centre de gestion : SG Sante – 14 rue Joliot-Curie – CS 30248 – 51010 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex.

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont réglées dans les 48 heures qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.

Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français.

Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des assurés géré par SG SANTE

> Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques.

Si l'adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à AFI Assurances – 12 rue du Bois Guillaume – 91055 EVRY Cedex.

L'adhérent bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale.

En cas de rejet de la télétransmission, l'adhérent sera amené à transmettre l'original de son décompte.

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

> Tiers payant

L'adhésion à cette offre permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'adhérent est dispensé du paiement du ticket modérateur.

Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

La carte de Tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant ou sur simple demande à SG Sante – 14 rue Joliot-Curie – CS 30248 – 51010 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex.

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

> Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à SG Sante – 14 rue Joliot-Curie – CS 30248 – 51010 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro d'adhésion.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies.
- dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire,
- les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier,
- les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier, le lit accompagnant
- les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- le décompte du remboursement du Régime Obligatoire et la facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires acceptées,
- la facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires refusées,
- pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres et le type de verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans. En cas d'évolution de la vue, il sera exigé une prescription médicale ou une facturation de l'opticien justifiant le changement de correction,
- pour les vaccins non remboursés, la facture détaillée et acquittée,
- pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire,
- pour les médecines naturelles, la facture détaillée du praticien diplômé d'Etat,

- lorsque l'adhérent ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,
- en cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'adhérent,
- en cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'adhérent,
- en cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours.

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

L'adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.

3.1 CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

> Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil peut demander à l'adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, l'adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

En fonction du résultat de ces contrôles, l'assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'adhérent, l'assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

> Procédure d'Expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'assureur auront, à toute époque le droit de constater médicalement l'état de santé de l'adhérent. Dans le cas où l'adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

> Arbitrage

- en cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.
- chacun des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

4. COTISATIONS

> Montant de la cotisation

La cotisation annuelle est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus.

Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'adhérent, les garanties choisies, l'âge des assurés et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque assuré. La cotisation totale est due par l'adhérent.

> Variation de la cotisation

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'adhérent et de ses ayants droit à l'échéance de l'adhésion.

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de :

- modification de la législation sociale et/ou fiscale,
- changement de garanties
- changement ou modification du régime obligatoire d'assurance maladie,
- ajout ou sortie de bénéficiaire,
- changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

> Révision de la cotisation

L'assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année à la date échéance du contrat. Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur la lettre d'information annuelle.

L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance.

> Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par l'adhérent : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 15 du mois précédant la quittance.

En cas de rejet de prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'adhérent.

> Défaut de paiement

Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut - indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties de l'adhésion seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, l'adhésion sera automatiquement résiliée dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

> Loi Madelin

Pour les adhérents exerçant une activité professionnelle non salariée et percevant à ce titre des BIC ou des BNC ou une rémunération relevant de l'article 62 du CGI, les garanties santé sont éligibles à la loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » sur la base de la convention référencée AC 48 8139. Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'adhérent doit, chaque année, fournir à AFI assurances une attestation de paiement de ses cotisations au Régime Obligatoire de retraite et de prévoyance.

5. AUTRES INFORMATIONS

5.1 SUBROGATION

En vertu du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions des assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

5.2 PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et 114-3 du Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1 - En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2 - En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est 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.

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. »

Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription :

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

5.3 EXAMEN DES RECLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

> Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son adhésion, ses cotisations ou encore ses prestations, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications : AFI Assurances - 12 rue du Bois Guillaume - 91055 EVRY Cedex

Si l'adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à : L'ÉQUITÉ - Cellule Qualité - 7 boulevard Haussmann - 75442 Paris Cedex 09

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si l'adhésion au contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de l'adhésion, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'adhérent ou l'assureur.

> Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre service réclamations, vous pouvez saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à M. le Médiateur de l'Assurance - BP 290 - 75 425 Paris Cedex 9.

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

5.4 INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations à caractère personnel recueillies par l'assureur ou son délégataire AFI Assurances sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes d'adhésion ou de gestion de la présente

adhésion. Elles feront l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978.

Conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal. Ces données ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'assureur ou son délégataire AFI Assurances peut être amené à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

L'adhérent peut également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de son identité, accéder aux informations le concernant, les faire rectifier, supprimer, s'opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales.

Ces droits peuvent être exercés en écrivant à : AFI Assurances - 12 rue du Bois Guillaume - 91055 EVRY Cedex

Les informations personnelles y compris celles recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du code pénal, pourront être utilisées par l'assureur pour des besoins :

- de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement,
- d'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme,
- de prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'adhérent à la prospection conformément aux exigences légales.

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme. Dans ce cadre, l'adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8, rue Vivienne, 75002 PARIS »

5.5 AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente adhésion est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61 rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09

5.6 RENONCIATION A L'ADHESION

Conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté

d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances - l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception.

Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

« Je soussigné(e) _____, n° d'adhésion _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe n° n° AC 48 8139 ou n° AC 488141, effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion).

Fait à _____, le _____

« Signature ».

6. VENTE A DISTANCE : CONCLUSION DE L'ADHESION ET DROIT DE RENONCIATION

Les dispositions ci-après s'appliquent aux adhésions exclusivement conclus à distance au sens de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances et L.121-26 du Code de la Consommation, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de « une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat ».

> Modalité de conclusion de l'adhésion

L'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour retourner l'ensemble des pièces du dossier d'adhésion signées ainsi que les pièces justificatives réclamées.

Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (réputée être la date d'émission du certificat d'adhésion). À défaut de retour dans ce délai, l'adhésion sera anéantie rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour l'assureur d'accomplir une quelconque démarche complémentaire.

Si l'adhérent a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration de ce délai de quatorze jours et qu'un sinistre survient pendant ce délai, il devra alors retourner l'ensemble des pièces signées ainsi que les justificatifs réclamés au plus tard lors de la déclaration de sinistre. À défaut de retour dans ce délai, l'adhésion sera anéantie rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour l'assureur d'accomplir une quelconque démarche complémentaire. Le sinistre ne sera alors pas pris en charge.

> Droit de renonciation

Conformément à l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.121-28 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion de l'adhésion.

Si l'adhérent a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'adhérent a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à AFI Assurances, 12 rue du Bois Guillaume - 91055 EVRY Cedex, et peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

« Je soussigné(e) _____, n° d'adhésion _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe n° AC 48 8139 ou n° AC 488141, effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion), exclusivement à distance.

Fait à _____, le _____

« Signature »

L'assureur rembourse la cotisation perçue de l'adhérent en application de l'adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées. Ce remboursement intervient au plus tard dans les 30 jours, ce délai commençant à courir à compter du jour où l'assureur reçoit notification de la renonciation.

PRÉAMBULE

La présente convention d'assistance détermine les prestations qui seront garanties et fournies par EUROP ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 23 601 857 euros, Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS.

Dans la présente convention d'assistance, EUROP ASSISTANCE, est remplacé par le terme « Nous ».

1. GÉNÉRALITÉS

1.1 OBJET

La présente convention d'assistance a pour objet de préciser les obligations réciproques EUROP ASSISTANCE et des Bénéficiaires définis ci-après.

1.2 DÉFINITIONS

1.2.1 Bénéficiaire

Est considéré comme bénéficiaire l'adhérent au contrat d'assurance santé souscrit auprès de l'EQUITE, ainsi que les personnes suivantes :

- son conjoint, son pacsé ou concubin notoire, vivant sous le même toit,
- leur(s) enfant(s) célibataire(s) âgé(s) de moins de 25 ans à charge au sens fiscal, et vivant sous le même toit, les enfants handicapés âgés de plus de 25 ans,
- les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours,
- le cas échéant : leur(s) enfant(s) qui viendrai(en)t à naître au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours.

Dans la présente convention d'assistance les Bénéficiaires sont désignés par le terme « Vous ».

1.2.2 Membre de la famille

Par membre de famille, on entend : les enfants, la mère, le père, la grand-mère, le grand-père, le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un PACS, la belle-fille, le gendre, les petits-enfants, appartenant à la famille d'un bénéficiaire.

1.2.3 Domicile

Par Domicile, il faut entendre le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire en France. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition sur le revenu.

1.2.4 France

Par France, il faut entendre la France métropolitaine et Principauté de Monaco.

1.2.5 Etranger

Par « Etranger », on entend les pays du monde entier, à l'exception de la France.

1.2.6 Hospitalisation

Toute admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à un Accident, et comportant au moins une nuit sur place.

1.2.7 Immobilisation

Incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à un Accident, et nécessitant le repos au Domicile. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon le Bénéficiaire concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

1.2.8 Maladie

Une altération de la santé dûment constatée par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

1.2.9 Blessure

Toute lésion corporelle médicalement constatée atteignant le Bénéficiaire, provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

2. CONDITIONS ET MODALITÉS D'APPLICATION DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE

2.1 VALIDITÉ ET DURÉE DU CONTRAT

Les garanties d'assistance s'appliquent pendant la période de validité du contrat Equité Modulo Santé. Elles cessent de ce fait si le contrat est résilié.

La couverture ; Equité Modulo Santé; prend effet à compter de la date de souscription au contrat pour une durée de 1 an renouvelable par tacite reconduction.

2.2 CONDITIONS D'APPLICATION

L'Equité Assistance intervient à la condition expresse que l'événement qui l'amène à fournir la prestation demeure incertain au moment du départ.

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale.

2.3 TITRES DE TRANSPORT

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, le Bénéficiaire s'engage à réserver à Equité Assistance le droit d'utiliser les titres de transport qu'il détient soit à rembourser à Equité Assistance les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

2.4 NATURE DES DÉPLACEMENTS COUVERTS

Les prestations d'assistance décrites dans la présente convention s'appliquent :

- en France, au cours de tout déplacement privé ou professionnel,
- à l'Etranger, au cours de tout déplacement privé ou professionnel, d'une durée n'excédant pas 90 jours consécutifs,

2.5 ETENDUE TERRITORIALE

2.5.1 Assistance Médicale et Assistance en cas de Décès

Les garanties s'appliquent dans le Monde entier pour les prestations d'assistance médicales décrites au 4.1

Exclusions

Sont exclus les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, ou subissant des catastrophes naturelles, des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens (quel qu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, etc.), ou désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

2.5.2 Assistance Santé

Les garanties s'appliquent en France métropolitaine et Principauté de Monaco pour les services d'assistance Santé décrits au 4.2

3. MODALITÉS D'INTERVENTION

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences.

Afin de nous permettre d'intervenir, nous vous recommandons de préparer votre appel.

Nous vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
 - l'endroit précis où vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,
 - votre numéro de contrat Equité Modulo Santé
- Si vous avez besoin d'assistance, vous devez :

- nous appeler sans attendre au n° de téléphone :
- 01 41 85 84 73
- depuis l'étranger vous devez composer le 33 1 41 85 84 73,
- **obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,**
- vous conformer aux solutions que nous préconisons,
- nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé,
- nous fournir tout justificatif d'immobilisation ou d'hospitalisation, ainsi que les décomptes originaux des organismes sociaux ou de prévoyance.

Nous nous réservons le droit de vous demander tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance (tels que notamment, certificat de décès, certificat de concubinage, avis d'imposition, certificat médical d'arrêt de travail, justificatif de solvabilité etc.).

Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

Fausses déclarations :

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

Toute réticence ou déclaration intentionnelle fautive de votre part entraînent la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues.

Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après notification qui vous sera adressée par lettre recommandée.

4. PRESTATIONS D'ASSISTANCE

4.1 SERVICES D'ASSISTANCE MEDICALE

Quelques conseils pour votre déplacement

AVANT DE PARTIR

- Vérifiez que votre contrat vous couvre pour le pays concerné et pour la durée de votre voyage.
- Pensez à vous munir de formulaires adaptés à la durée et à la nature de votre voyage ainsi qu'au pays dans lequel vous vous rendez (il existe une législation spécifique pour l'Espace économique européen). Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à laquelle vous êtes affilié(e) afin de bénéficier, éventuellement, en cas de maladie ou d'accident d'une prise en charge directe de vos frais médicaux par cet organisme.
- Si vous vous déplacez dans un pays qui ne fait pas partie de l'Union Européenne et de l'Espace Economique Européen (EEE), vous devez vous renseigner, avant votre départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de sécurité sociale avec la France. Pour ce faire, vous devez consulter votre Caisse d'Assurance Maladie pour savoir si vous entrez dans le champ d'application de ladite convention et si vous avez des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire...)
- Pour obtenir ces documents, vous devez vous adresser avant votre départ à l'institution compétente et en France, auprès de la Caisse d'Assurance Maladie.
- Si vous êtes sous traitement, n'oubliez pas d'emporter vos médicaments et transportez les dans vos bagages à mains pour éviter une interruption de traitement en cas de retard ou de perte de bagages ; en effet, certains pays (Etats-Unis, Israël, etc.) n'autorisent pas les envois de ce type de produits.

SUR PLACE

- Si vous pratiquez une activité physique ou motrice à risque ou un déplacement dans une zone isolée dans le cadre de votre voyage, nous vous conseillons de vous assurer au préalable qu'un dispositif de secours d'urgence a été mis en place par les autorités compétentes du pays concerné pour répondre à une éventuelle demande de secours.
- En cas de perte ou de vol de vos clés, il peut être important d'en connaître les numéros. Prenez la précaution de noter ces références.
- De même, en cas de perte ou de vols de vos papiers d'identité ou de vos moyens de paiement, il est plus aisé de reconstituer ces documents si vous avez pris la peine d'en faire des photocopies et de noter les numéros de votre passeport, carte d'identité et carte bancaire, que vous conserverez séparément.
- A l'entrée dans certains pays, les caractéristiques du véhicule sont enregistrées sur votre passeport ou sur un document officiel ; si vous quittez le pays en laissant votre véhicule, il est nécessaire de remplir certaines formalités auprès des douanes (passeport à apurer, importation temporaire, etc.).
- Si vous êtes malade ou blessé(e), contactez-nous dans les plus brefs délais, après avoir pris soin de faire appel aux secours d'urgence (SAMU, pompiers, etc.) auxquels nous ne pouvons nous substituer.

ATTENTION

Certaines pathologies peuvent constituer une limite aux conditions d'application du contrat. Nous vous conseillons de lire attentivement la présente convention d'assistance.

4.1.1 Transport / Rapatriement

En cas de Blessure, de Maladie, en France ou à l'Etranger, nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui Vous a pris en charge à la suite de l'évènement.

Les informations recueillies auprès du médecin local, et éventuellement auprès de votre médecin traitant habituel, Nous permettent, après décision de nos médecins, de déclencher et d'organiser, en fonction des seules exigences médicales :

- soit votre retour à votre Domicile,
- soit votre transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de votre Domicile, par véhicule sanitaire léger, ambulance, wagon-lit, train 1^{ère} classe (couchette ou place assise), avion classe économique ou avion sanitaire.

Dans certains cas, votre situation médicale peut nécessiter un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche de votre Domicile.

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

IMPORTANT

Il est, à cet égard, expressément convenu que la décision finale à mettre en œuvre appartient en dernier ressort à nos médecins, et ce afin d'éviter tous conflits d'autorités médicales.

Par ailleurs, dans le cas où Vous refusez de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, votre refus nous décharge de toute responsabilité, notamment en cas de retour par vos propres moyens, ou encore en cas d'aggravation de votre état de santé.

4.1.2 Retour des accompagnants

En complément de la prestation « transport et rapatriement » définie ci-dessus, nous organisons et prenons en charge le transport des Bénéficiaires qui voyageaient avec vous, jusqu'à votre lieu d'hospitalisation ou jusqu'à leur Domicile en France (Train 1^{ère} classe ou Avion de ligne classe économique).

Le transport d'éventuelles autres personnes est à votre charge.

4.1.3 Présence en cas d'Hospitalisation

Si vous êtes hospitalisé sur place pendant plus de 10 jours à la suite d'une Maladie ou d'une Blessure survenu lors d'un déplacement, nous organisons et prenons en charge la venue et le séjour d'un proche à votre chevet. Si le bénéficiaire hospitalisé est un enfant mineur et que ses parents ne sont pas sur place, cette prestation est mise en œuvre immédiatement dès le premier jour d'hospitalisation. Les frais de transport (aller-retour depuis la France* en train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique) et de séjour (hébergement à l'hôtel à concurrence de 60 euros TTC par nuit pendant 6 nuits chambre et petit déjeuner) sont pris en charge.

4.1.4 Avance sur frais d'hospitalisation (Etranger)

En cas de Blessure, de Maladie, lors d'un déplacement à l'Etranger et tant que Vous vous trouvez hospitalisé(e), Nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de 8 000 € TTC par Bénéficiaire et par an. Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes : pour des soins prescrits en accord avec nos médecins, tant que ces derniers Vous jugent intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à compter du jour où Nous sommes en mesure d'effectuer le transport, même si Vous décidez de rester sur place.

Dans tous les cas, Vous vous engagez à Nous rembourser cette avance au plus tard 30 jours après réception de notre facture.

Cette obligation s'applique même si Vous avez engagé les procédures de remboursement prévues dans la prestation 'Remboursement complémentaire des frais médicaux'.

Dès que ces procédures ont abouti, Nous prenons en charge le remboursement complémentaire des frais médicaux, dans les conditions prévues à la prestation 'Remboursement complémentaire des frais médicaux'.

4.1.5 Remboursement complémentaire des frais médicaux (Etranger)

Avant de partir en déplacement à l'Etranger, Nous Vous conseillons de vous munir de formulaires adaptés à la nature et à la durée de ce déplacement, ainsi qu'au pays dans lequel Vous vous rendez (pour l'Espace économique européen et pour la Suisse, munissez-vous de la carte européenne d'Assurance Maladie).

Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à laquelle Vous êtes affilié(e) afin de bénéficier, en cas de Maladie ou d'Accident, d'une prise en charge directe de vos frais médicaux par cet organisme.

Nature des frais médicaux ouvrant droit à remboursement complémentaire :

Le remboursement complémentaire couvre les frais définis ci-après, à condition qu'ils concernent des soins reçus à l'Etranger à la suite d'une Maladie ou d'une blessure survenue à l'Etranger :

- honoraires médicaux,
- frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- frais d'ambulance ou de taxi ordonnés par un médecin pour un trajet local à l'Etranger,
- frais d'hospitalisation quand Vous êtes jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Le remboursement complémentaire de ces frais d'hospitalisation cesse à compter du jour où Nous sommes en mesure d'effectuer votre transport, même si Vous décidez de rester sur place,
- frais relatifs aux soins dentaires urgents dans la limite de 100 €

Montant et modalités de prise en charge :

Nous Vous remboursons le montant des frais médicaux engagés à l'Etranger et restant à votre charge après remboursement effectué par la Sécurité sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance à hauteur de 8 000 € TTC maximum par personne Bénéficiaire et par an.

Vous, ou vos ayants droit, vous engagez à effectuer, au retour en France, toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, ainsi qu'à nous transmettre les documents suivants :

- décomptes originaux des organismes sociaux et/ou de prévoyance justifiant des remboursements obtenus,
- photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées.

A défaut, nous ne pourrions procéder au remboursement.

4.1.6 Retour anticipé suite à décès d'un membre de votre famille

Pendant votre déplacement, vous apprenez le décès d'un Membre de votre famille, survenu en France.

Afin que Vous puissiez assister aux obsèques du défunt en France, Nous organisons et prenons en charge :

- soit votre voyage aller-retour,
- soit votre voyage aller simple et celui d'une personne assurée de votre choix se déplaçant avec Vous, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique jusqu'en France ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/ aéroport au domicile.

A défaut de présentation de justificatifs (certificat de décès, justificatif du lien de parenté) dans un délai de 30 jours, Nous nous réservons le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation.

Cette prestation est accordée dès lors que la date des obsèques est antérieure à la date initialement prévue pour votre retour.

Services d'assistance SANTE

Ces garanties générales constituent le socle des prestations d'assistance mises en œuvre par Europ Assistance.

4.7.7 Assistance en cas de décès

4.1.7.1 Transport de corps en cas de décès d'un Bénéficiaire

Un Bénéficiaire décède durant son déplacement.

Nous organisons et prenons en charge le transport du défunt Bénéficiaire jusqu'au lieu des obsèques en France.

Nous prenons également en charge l'intégralité des frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport exclusivement, ainsi que le retour d'une des personnes bénéficiaires voyageant avec la personne décédée, par train en 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique, à l'exclusion de tous les autres frais.

4.1.7.2 Frais de cercueil en cas de décès d'un Bénéficiaire

En cas de décès d'un Bénéficiaire durant son déplacement, nous participons aux frais de cercueil ou d'urne, que la famille se procure auprès du prestataire funéraire de son choix, jusqu'à un maximum de 500 € TTC.

4.1.7.3 Reconnaissance du corps et formalités décès

Si le Bénéficiaire décède alors qu'il se trouvait seul sur place, et si la présence d'un membre de sa famille ou d'un proche s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, sur le lieu de séjour, nous organisons et prenons en charge le déplacement aller/retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe de cette personne depuis la France jusqu'au lieu du décès.

4.1.8 Services d'information

4.1.8.1 Information Conseil vie quotidienne

Sur simple appel téléphonique, de 8 heures à 19 heures 30, sauf dimanches et jours fériés, Nous nous efforçons de rechercher les informations et renseignements à caractère documentaire destinés à orienter vos démarches dans les domaines suivants :

- Famille, mariage, divorce, succession,
- Habitation, logement,
- Justice,
- Travail,
- Impôts, fiscalité,
- Assurances sociales, Allocations, retraites,
- Consommation, vie privée,
- Formalités, cartes,
- La législation routière (les contraventions, les procès-verbaux...),
- Le permis à points (les points, les stages, les sanctions...),
- Enseignement, formation,
- Voyages, loisirs,
- Assurances, responsabilité civile,
- Services publics, exclusivement d'ordre privé.

Dans tous les cas, ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques. Selon les demandes, Nous pourrions Vous orienter vers les organismes professionnels susceptibles de vous répondre. Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance téléphoniques.

Nous nous efforçons de répondre immédiatement à tout appel

mais pouvons être conduit pour certaines demandes à procéder à des recherches entraînant un délai de réponse. Nous serons alors amenés à vous recontacter dans les meilleurs délais, après avoir effectué les recherches nécessaires.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation, ni de l'utilisation faite par Vous des informations communiquées.

4.1.8.2 Analyse de devis dentaire et/ou optique

Du lundi au vendredi, sauf jours fériés, de 9 h à 18 h, Nous Vous donnons un avis et une indication, par téléphone, sur le prix proposé, en prenant en compte la ville d'exercice du praticien et la description de la prestation proposée. Si besoin, Nous faisons intervenir l'un de nos praticiens référents.

Dans tous les cas, pour bien étudier votre devis, il Nous faut :

- Pour le devis dentaire : la description précise du montage prothétique (nombre et numéro de dents concernées, types d'actes effectués, matériaux utilisés, compléments utilisés : inlay, onlay...), la cotation conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, et le prix de la prothèse.
- Pour le devis optique : la description précise du défaut visuel et de la correction proposée.

Nous nous interdisons formellement d'orienter les Bénéficiaires vers quel que praticien que ce soit, fusse à la demande expresse des Bénéficiaires.

Le coût effectif des prestations dentaires ou optiques reste à votre charge

4.1.8.3 Soutien psychologique

En cas de nécessité, de décès du Bénéficiaire, d'hospitalisation, Nous mettons à votre disposition, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique Vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Le ou les entretien(s) téléphonique(s), sont mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive. Ces entretiens, Vous permettront de Vous confier et de clarifier la situation à laquelle Vous êtes confronté suite à cet événement.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de 3 entretiens téléphoniques.

En fonction de votre situation et de votre attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez Vous, un psychologue diplômé d'état choisi par Vous parmi 3 noms de praticiens que Nous Vous aurons communiqués.

Nous assurerons l'organisation de ce rendez-vous après Vous avoir proposé le choix entre plusieurs praticiens proches de votre domicile. Le choix du praticien appartient à Vous seul et les frais de cette consultation sont à votre charge.

4.1.9 Assistance sante a domicile et/ou en cas d'hospitalisation

4.1.9.1 Aide-ménagère

En cas

- de décès du Bénéficiaire,
- d'Hospitalisation imprévue de plus de 3 jours,
- d'Immobilisation au Domicile de plus de 7 jours,

Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère à concurrence de 15 heures de travail, réparties pendant votre Immobilisation ou durant le mois qui suit la date de début de celle-ci (minimum de 2 heures à la fois). A défaut de la présentation des justificatifs (bulletin médical d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile) Nous nous réservons le droit de Vous refacturer l'intégralité de la prestation.

4.1.9.2 Mise en relation avec des services de garde de personnes

En cas :

- d'immobilisation à domicile pour raison médicale d'un enfant de moins de 16 ans,
- d'hospitalisation imprévue du bénéficiaire et si vous vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos enfants de moins de 16 ans ou des personnes à votre charge habitant sous le même toit, nous organisons votre mise en relation avec un prestataire de services à la personne :

- Garde d'enfant,
- Garde malade,

bénéficiant d'un agrément susceptible de vous faire bénéficier d'avantages fiscaux.

Pour ce faire, nous rechercherons les coordonnées de plusieurs prestataires proches de votre Domicile ou et vous les communiquerons.

Le choix du prestataire vous appartient.

Vous devrez justifier votre demande par un certificat médical indiquant (pour les enfants malades) que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant.

Dans tous les cas, Nous nous réservons le droit d'effectuer le contact médical préalable au missionnement de l'intervenant et de Vous réclamer le certificat médical (ou une photocopie).

Le coût de la prestation restera à votre charge. Le prestataire que vous aurez sélectionné et avec lequel vous contracterez, est seul responsable de l'exécution de la prestation et de la remise du reçu fiscal.

4.1.9.3 Envoi d'un médecin

En cas d'Immobilisation au Domicile et hors cas d'urgence, Vous avez besoin d'une consultation médicale et votre médecin traitant n'est pas disponible ; Nous Vous proposons les coordonnées de plusieurs praticiens proches de votre Domicile. Le choix du praticien et la décision finale Vous appartiennent.

Les frais de consultations et de déplacements sont à votre charge.

En cas d'urgence médicale, Vous devez impérativement appeler les secours locaux d'urgence.

4.1.9.4 Confort hospitalier

Vous faites l'objet d'une Hospitalisation imprévue pour 3 jours minimum à la suite d'une Maladie ou d'un Accident.

Nous prenons en charge les frais de location d'un téléviseur à concurrence de 80 Euros TTC pour la durée de votre séjour dans l'établissement.

4.1.9.5 Envoi d'un(e) infirmier/ière

En cas d'Immobilisation au Domicile et hors cas d'urgence, si des soins médicaux Vous ont été prescrits par un médecin, Nous pouvons Vous venir en aide 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sur simple appel téléphonique.

Nous recherchons et vous communiquons les coordonnées d'un (d'une) ou de plusieurs infirmier/ière (s) proche de votre Domicile, afin qu'il/elle se rende auprès de Vous.

Le choix du praticien vous appartient, et ses honoraires ainsi que ses frais de déplacement sont à votre charge.

4.1.9.6 Mise à disposition d'un véhicule médical

En cas d'Immobilisation, d'Hospitalisation, et hors cas d'urgence, Nous recherchons une ambulance ou un véhicule sanitaire léger pour Vous conduire au centre de soins ou d'examens de votre choix.

La course jusqu'au centre de soins ou d'examens reste à votre charge.

En cas d'urgence, Vous devez appeler les services de secours compétents (Samu, Pompiers,...) auxquels Nous ne pouvons nous substituer.

4.1.9.7 Livraison de médicaments à Domicile

En cas d'Immobilisation au Domicile de plus de 2 jours

Lorsqu'un médecin vient de Vous prescrire en urgence, par ordonnance, des médicaments, si personne de votre entourage ne peut se déplacer et si les médicaments sont immédiatement nécessaires, Nous allons les chercher dans une officine de pharmacie proche de votre Domicile (ou pharmacie de garde) et Nous Vous les apportons.

Nous prenons en charge le prix de la course. Le prix des médicaments reste à votre charge. Les médicaments doivent avoir été prescrits au maximum 24 heures avant la demande d'assistance.

5. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Ce que nous excluons

5.1 EXCLUSIONS RELATIVE À L'ASSISTANCE AUX PERSONNES

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Outre les Exclusions Générales

Nous ne pouvons intervenir lorsque vos demandes sont consécutives :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle,
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide,
- aux sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie de la convention d'assistance ou en dehors des dates de validité de garantie, et notamment au-delà de la durée de déplacement prévu à l'Etranger.

Sont également exclus :

- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention d'assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre pays de domicile,

- les maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée de déplacement prévu à l'Etranger,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si vous utilisez votre propre véhicule,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ et leurs conséquences (accouchement compris), et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 36e semaine d'aménorrhée et leurs conséquences (accouchement compris),
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les cures thermales et les frais en découlant,
- les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile,
- les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,
- les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs éventuelles conséquences,
- les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, les frais en découlant, et leurs conséquences,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais y afférant,
- les recherches et secours de personne, notamment en montagne, en mer ou dans le désert, et les frais s'y rapportant.

5.2 CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations, résultant :

- de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quelle qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes,
- de délais et/ou d'impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport,

etc. nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes,

- des recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes,
- de la non-disponibilité aérienne et des contraintes administratives inhérentes au pays de destination ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

5.3 SUBROGATION

Equité Assistance est subrogée, à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle, dans les droits et actions des Bénéficiaires contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention.

5.4 PRESCRIPTION

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

5.5 RÉCLAMATIONS – LITIGES

En cas de réclamation ou de litige, le Bénéficiaire pourra s'adresser au service Qualité d'Europ Assistance, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

5.6 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR, 61 rue Taitbout – 75009 Paris.

5.7 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Toutes les informations recueillies par EUROP ASSISTANCE FRANCE, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex, lors de la souscription à l'un de ses services et/ou lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que nous prenons à votre égard. A défaut de réponse aux renseignements demandés, EUROP ASSISTANCE sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel vous souhaitez souscrire.

Ces informations sont uniquement réservées aux services d'EUROP ASSISTANCE FRANCE en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires d'EUROP ASSISTANCE FRANCE.

EUROP ASSISTANCE FRANCE se réserve également la possibilité d'utiliser vos données personnelles à des fins de suivi qualité ou d'études statistiques.

EUROP ASSISTANCE FRANCE peut être amenée à communiquer certaines de vos données aux partenaires à l'origine de la présente garantie d'assistance.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations vous concernant en écrivant à : Europ Assistance France - Service Qualité, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

Si pour les besoins de la réalisation du service demandé, un transfert des informations vous concernant est réalisé en dehors de la Communauté Européenne, EUROP ASSISTANCE FRANCE prendra des mesures contractuelles avec les destinataires afin de sécuriser ce transfert.

Par ailleurs, les Bénéficiaires sont informés que les conversations téléphoniques qu'ils échangeront avec EUROP ASSISTANCE pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. Ces conversations sont conservées deux mois à compter de leur enregistrement.

ARTICLE 1 - FORMATION-DURÉE

Il est créé une Association de Prévoyance régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, les articles L.141-7 et R.141-1 à R.141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts.

Elle prend la dénomination de Groupement de

Prévoyance Maladie-Accident, « G P M A ».

Elle est constituée pour une durée illimitée.

ARTICLE 2 - OBJET

L'Association Groupement de Prévoyance Maladie- Accident a pour objet :

- d'étudier et de conseiller ses adhérents sur la mise en place de régimes de prévoyance, santé ou retraite ;
- de permettre la mise en place de ces régimes en souscrivant à l'intention de ses adhérents des contrats collectifs d'assurance auprès des compagnies du groupe Generali ou auprès de tout organisme assureur dont les contrats font l'objet d'une convention de réassurance conclue avec l'une des Compagnies appartenant au groupe Generali ;
- de défendre les intérêts des adhérents et de les informer en engageant à cet effet toute action de formation, d'information et de communication avec eux et en dehors d'eux pour accueillir de nouveaux membres ;
- de venir en aide à ses adhérents en grande difficulté par l'attribution d'allocations provenant du fonds d'entraide ;
- de participer et soutenir toute activité d'Association, fondation ou autre organisme à but non lucratif ayant pour objet des actions de solidarité principalement dans les domaines de la prévention santé, du handicap, de la recherche médicale et de l'insertion ;
- et plus généralement de prendre toute initiative présentant une utilité directe, indirecte ou complémentaire pour son activité

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

ARTICLE 3 - MEMBRES - ADHÉRENTS

L'Association se compose de :

a) membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Bureau du Conseil d'Administration ;

b) membres adhérents qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.

Tout adhérent doit avoir la qualité de membre pour prétendre aux garanties des contrats souscrits par l'Association.

La qualité de membre s'acquiert par adhésion aux présents Statuts et paiement de la cotisation. Elle se perd par décès, non règlement des cotisations ou dissolution de l'Association. La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de

l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance sur la vie à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale

La qualité de membre d'honneur se perd par décès, démission, radiation sur décision du conseil d'administration pour motifs grave ou dissolution de l'association.

La décision est rendue en dernier ressort et n'a pas à être motivée.

Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, ne sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'assurés.

ARTICLE 4 – SIÈGE SOCIAL

Le Siège Social est fixé 7 boulevard Haussmann, 75447

Paris Cedex 09. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration ratifiée par la plus prochaine Assemblée Générale Ordinaire.

ADMINISTRATION

ARTICLE 5 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration se compose de neuf membres au moins et de dix-huit membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents.

Les Administrateurs sont élus pour une durée de trois ans et sont rééligibles.

Le Conseil est composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des contrats d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces Administrateurs peuvent être soit des membres individuels, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Nul ne peut être membre du Conseil d'Administration de l'Association ni, directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer, diriger ou gérer à un titre quelconque l'Association ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'Association s'il a fait l'objet de l'une des condamnations ou mesures mentionnées au 1° à 5° de l'article L322-2 du code des assurances.

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire (cooptation) par les soins du Conseil. Il est procédé à la ratification des cooptations par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés. Si cette ratification est refusée, les décisions prises et les actes accomplis par le Conseil depuis la cooptation et jusqu'à cette Assemblée demeurent valables.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites.

Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association sur la base de justificatifs. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer à ses administrateurs, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages sans que ceux-ci soient liés directement ou indirectement et de quelque façon que ce soit au volume d'activité de l'Association (cotisations, encours des contrats, nombre d'adhérents...).

Le Président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.

Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire, l'intéressé ayant été préalablement invité à présenter les motifs de ses absences.

ARTICLE 6 - LE PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Association est dirigée par un Président élu par les membres du Conseil d'Administration.

Le Président est responsable de ses décisions devant le Conseil d'Administration. Il représente l'Association dans les conditions fixées par le Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au Président de l'Association qui en rend compte régulièrement.

Le Conseil d'Administration et le Président peuvent déléguer à une personne membre du Conseil pour une période déterminée certains de leurs pouvoirs de manière explicite.

Le Conseil d'Administration ou le Président peut à tout moment abroger une délégation de pouvoirs.

En cas d'urgence, le Président prend les décisions nécessaires au bon fonctionnement de l'Association et en informe dans les meilleurs délais les membres du Conseil d'Administration.

ARTICLE 7 - BUREAU

Chaque année, après l'Assemblée Générale, le Conseil élit parmi ses membres son Bureau composé d'un Président, d'un ou deux Vice-présidents, d'un Secrétaire Général pouvant être choisi en dehors des Administrateurs et d'un Trésorier.

Le Bureau met en œuvre les décisions prises par le Conseil d'Administration. Il se réunit à l'initiative du Président de l'Association en tant que besoin entre deux réunions du Conseil d'Administration.

ARTICLE 8 - FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

Il peut désigner un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association. Ces personnes peuvent être choisies en dehors de celles composant le Conseil et éventuellement de l'Association.

Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil et du Bureau avec voix consultative.

Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les Administrateurs ne peuvent se faire représenter. Les

décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil. Ces procès-verbaux sont signés par le Président et au moins un autre membre du Conseil et consignés dans un registre.

ARTICLE 9 - POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil est investi des pouvoirs les plus étendus pour prendre toutes décisions et autoriser la mise en œuvre de toutes opérations en rapport avec l'objet de l'Association et son fonctionnement, dans la limite des prérogatives de l'Assemblée Générale.

Notamment, le Conseil d'Administration a pour attributions :

- d'arrêter les comptes annuels et le budget de l'Association ;
- de signer un ou plusieurs contrats d'assurance, ainsi qu'un ou plusieurs avenants dans la limite de la délégation consentie par l'Assemblée Générale conformément à l'article 12 des présents statuts ; en cas de signature d'un ou de plusieurs contrats d'assurance, ou d'un ou plusieurs avenants, le Conseil d'Administration doit en faire rapport à la plus proche Assemblée ;
- de fixer le montant de la cotisation annuelle d'adhésion à l'Association ;
- d'arrêter les termes du rapport d'activité, moral et financier soumis à l'Assemblée Générale ;
- de déterminer le montant des allocations attribuées en faveur des adhérents au titre du fonds d'entraide ;
- de mettre en place toutes les délégations de pouvoirs nécessaires au bon fonctionnement de l'Association.

L'Association est représentée en Justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président ou un Vice-président ou par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil.

ARTICLE 10 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le Conseil, sur proposition du Bureau, peut établir un règlement intérieur précisant et complétant les règles de fonctionnement de l'Association fixées par les présents statuts.

Il est également compétent, sur proposition du Bureau, pour le modifier ou l'abroger.

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

ARTICLE 11 - RÈGLES COMMUNES À TOUTES LES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Composition

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.

Tout membre à jour de cotisation à la date de clôture de l'exercice comptable précédent, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent, ou à leur conjoint.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.

Le vote par correspondance n'est pas autorisé.

Si, sur décision du Conseil d'Administration, l'Association a mis en œuvre un mode de vote par voie électronique, tout adhérent, disposant des outils matériels et logiciels requis, peut voter par voie électronique en suivant les procédures et consignes qui lui seront adressées à cet effet.

Convocation-Ordre du jour

L'Assemblée Générale est convoquée par le Président du Conseil d'Administration, ou à défaut par le Conseil, au moins une fois par an dans les six mois de la clôture de l'exercice social.

Sur demande motivée d'au moins 10% des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration, ou à défaut le Conseil, est tenu de convoquer une Assemblée Générale dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

La convocation aux Assemblées Générales est individuelle : elle est effectuée par lettre simple trente jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée.

Cette convocation pourra être transmise ainsi que l'ensemble des documents nécessaires par Internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiquée à l'Association lorsqu'il sera invité à le faire.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le

Conseil d'Administration ainsi que ceux portés à la connaissance du Conseil d'Administration par cent adhérents au moins au plus tard dans les soixante jours avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée.

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde Assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde Assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

La convocation indique également le lieu de réunion qui peut se situer dans des locaux en dehors du siège social.

Quorum - Droits de vote

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents ou représentés.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée est convoquée dans le délai de 30 jours.

Elle délibère alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de ses adhérents présents ou représentés.

Les adhérents devront se munir, pour participer à l'Assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.

Un adhérent peut se faire représenter par un autre membre de l'Association muni d'un pouvoir écrit.

Une feuille de présence est signée par les membres de l'Assemblée en entrant en séance et certifiée par le Président de l'Assemblée.

Organisation - procès-verbaux

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil ; en cas d'absence, il est procédé si nécessaire au remplacement pour la durée de l'Assemblée par décision des membres du Conseil présents au début de la réunion.

L'Assemblée Générale ne peut délibérer que sur les questions inscrites à l'ordre du jour par le Conseil d'Administration à l'exception de la révocation de membre(s) du Conseil pouvant intervenir sur incident de séance. L'ordre du jour comporte le cas échéant les propositions de résolutions présentées par les adhérents dans les conditions prévues.

Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au Siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

ARTICLE 12 - ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES

Le Président doit convoquer dans les formes indiquées à l'article 11 une Assemblée Générale Ordinaire Annuelle une fois par an, dans les six mois suivant la clôture des comptes annuels.

L'Assemblée Générale Ordinaire Annuelle entend le rapport du Conseil sur la situation morale et financière de l'Association. Elle est seule compétente pour :

- définir les orientations de l'Association,
- approuver les comptes de l'Association et le rapport de gestion présentant la situation de l'Association et son activité pour l'exercice écoulé et les perspectives au plus tard dans les six mois de sa clôture,
- approuver le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations des adhérents.

L'Assemblée Générale Ordinaire est compétente pour élire, ratifier et révoquer les Administrateurs.

L'Assemblée Générale Ordinaire a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs contrats d'assurance de groupe ou d'un ou de plusieurs avenants à ceux-ci. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs contrats d'assurance ainsi qu'un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit.

Elle est souveraine pour tout ce qui n'est pas de la compétence du Bureau, du Conseil d'Administration ou de l'Assemblée Générale Extraordinaire.

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des membres présents ou représentés.

ARTICLE 13 - ASSEMBLÉES GÉNÉRALES EXTRAORDINAIRES

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée d'au moins 10% des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

L'Assemblée Générale Extraordinaire est seule compétente pour apporter des modifications aux statuts. Elle peut également décider la prorogation, la scission ou la fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions doivent être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents ou représentés.

RESSOURCES - DEPENSES

ARTICLE 14 - RESSOURCES

L'exercice social commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;
- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;
- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ;
- des produits de ses placements financiers.

ARTICLE 15 - DÉPENSES

Les dépenses de l'Association sont constituées par :

- les allocations attribuées en faveur des adhérents au titre du Fonds d'Entraide ;
- les sommes destinées à faire face aux charges de son fonctionnement ;
- le soutien d'activités à but non lucratif dont l'objet est voisin de celui de l'Association ou peut s'y rattacher ;
- et, en général, toute dépense décidée par le Conseil d'Administration en conformité avec l'objet de l'Association.

Ces dépenses sont ordonnées par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 16 - COMPTES ANNUELS

Les comptes annuels sont établis conformément au Plan

Comptable Général et à la réglementation en vigueur.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale Ordinaire sur proposition du Conseil d'Administration.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation.

ARTICLE 17 - COMMISSAIRES AUX COMPTES

L'Assemblée Générale Ordinaire nomme, pour une durée de six exercices, un commissaire aux comptes titulaire et un commissaire aux comptes suppléant, inscrits sur la liste des commissaires aux comptes de la Compagnie Régionale de l'Île de France.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit un rapport présenté chaque année à l'Assemblée Générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos.

DISSOLUTION

ARTICLE 18 - DISSOLUTION

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale Extraordinaire, délibérant à la majorité des Assemblées Générales Ordinaires, désigne un ou plusieurs Commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée, statuant alors à la majorité des 2/3 des voix des membres présents ou représentés, détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à exercer leur droit de reprise et se prononce sur la dévolution de l'actif net.



AFI assurances
POUR UN CONSEIL PERSONNALISÉ

Pour tout renseignement complémentaire, contactez-nous

**Nos conseillers vous répondent
Du lundi au vendredi de 9h à 18h**

Tél. : 01 83 77 57 00

www.afiassurances.fr

AFI ASSURANCES

12 rue du Bois Guillaume
91055 Evry Cedex

Tél : 01 83 77 57 00
Fax : 01 83 77 57 60

Société de courtage en assurances,
SARL au capital de 10000 Euros -
RCS Evry B 404 414 583 - N° ORIAS 07 027 969

L'EQUITE

7, bld Haussmann 75442 Paris cedex 09

Société Anonyme au capital de 22 469 320 €
R.C.S. PARIS B 572 084 697 00034
Entreprise régie par le Code des Assurances
soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle
Prudentiel (ACP) : 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

Société appartenant au groupe Generali
immatriculé sur le registre italien des groupes
d'assurances sous le numéro 026

EUROP ASSISTANCE

Société Anonyme au capital de 23 601 857 €

Entreprise régie par le Code des Assurances,
immatriculée au registre du commerce
et des sociétés de Nanterre sous le numéro
451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette,
92230 GENNEVILLIERS