

LEXIQUE

Pour faciliter la compréhension des garanties, nous avons rassemblé ci-dessous les définitions des termes les plus fréquemment utilisés.

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

ASSURE

La ou les personne(s) désignées(s) aux Dispositions Particulières comme bénéficiaire(s) de la garantie.

CHIROPRACTEUR

Personne pratiquant des traitements manuels qui corrigent les dysfonctionnements organiques.

CHIRURGIE REFRACTIVE

Intervention chirurgicale au laser destinée à corriger la myopie, l'astigmatisme et l'hypermétropie.

CONJOINT

Epoux, épouse, personne vivant maritalement avec l'assuré ou liée à ce dernier par un Pacte Civil de Solidarité.

DATE DU SINISTRE

C'est la date du refus qui est opposé à la réclamation constitutive du sinistre.

DELAI D'ATTENTE

Période durant laquelle certains frais ne sont pas remboursés à l'assuré.

ECHEANCE PRINCIPALE

Date de renouvellement du contrat et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année à venir

ECHEANCE

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci.

ECHOGRAPHIE

Examen par ultrasons des tissus, des organes, des vaisseaux et du cœur. Au cours de la grossesse, l'échographie permet de suivre le développement du fœtus.

FAIT GENERATEUR

Il s'agit du fait générateur du sinistre garanti par le présent contrat, c'est à dire la survenance de tout événement ou fait consécutif d'une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire.

HOSPITALISATION

Séjour en qualité de patient, d'une durée minimum de 24H, en clinique ou en hôpital pour y recevoir un traitement ou des soins nécessités par une maladie, un accident ou une maternité

IMPLANT DENTAIRE

Technique de prothèse dentaire qui peut remplacer le bridge. Une racine artificielle est placée dans l'os. Une couronne est ensuite scellée ou vissée dessus.

LITIGE

Situation conflictuelle vous opposant à un tiers.

MALADIE

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

MAMMOGRAPHIE

Examen radiographique de la glande mammaire par rayons X.

NOUS

Désigne selon le cas soit Generali Iard, soit Europ Assistance France, soit l'Européenne de Protection Juridique.

ORTHODONTIE

Partie de la chirurgie dentaire qui traite les anomalies de positionnement des dents.

ORTHOPEDIE

Partie de la médecine qui s'occupe des os et des articulation. Par extension, appareillages nécessités pour corriger des dysfonctionnements ostéo-articulaires.

ORTHOPHONISTE

Auxiliaire médical spécialiste de la rééducation des personnes présentant des troubles du langage et de l'écriture.

ORTHOPTIE

Partie de l'ophtalmologie spécialisée dans la rééducation des yeux en cas de trouble de vision binoculaire (notamment le strabisme).

OSTHEOPATHE

Désigne un praticien soignant par des manipulations au niveau de la colonne vertébrale et des articulations.

REGIME OBLIGATOIRE

Régime légal de Protection Sociale auquel est affilié l'assuré

SINISTRE

Est considéré comme sinistre au titre du présent contrat, le refus qui est opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire.

SOUSCRIPTEUR

La personne morale ou physique qui souscrit par le contrat pour son compte ou le compte d'autrui. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

TARIF DE CONVENTION ET D'AUTORITE

Tarifs servant de base au remboursement de la Sécurité sociale des honoraires et des soins utilisés par les caisses des différents Régimes Obligatoire.

TICKET MODERATEUR

Tarifs servant de base au remboursement de la Sécurité Sociale et sa prise en charge par le Régime Obligatoire.

TIERS

Toute personne étrangère au contrat.

TIERS PAYANT

Système permettant à l'assuré social de ne pas faire l'avance des frais. Paiement direct des sommes dues par l'assuré au professionnel de santé ou à l'établissement de soins, par l'organisme assureur.

VOUS

Désigne l'assuré.

I-LES GARANTIES D'ASSURANCE

I.I OBJET DU CONTRAT

Le contrat Atoll Santé a pour objet le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité en complément des prestations versées par votre

Régime Obligatoire. Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat.

Pour les soins et prothèses dentaires, les dépenses ainsi que les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie qui peut intégrer un délai d'attente. Ce contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatifs aux contrats d'assurance complémentaire santé dits "contrats responsables" (article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et différents décrets et arrêtés).

Ainsi, dans le parcours de soins, le contrat doit notamment prendre en charge:

- . au moins 30% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale des honoraires des médecins,
- . au moins 30% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pour les médicaments à vignette blanche remboursés à 65% par la Sécurité Sociale,
- . au moins 35% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pour les frais d'analyse ou de laboratoire,
- . la totalité du ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention figurant sur la liste ministériel du 8 juin 2006.

Le cas échéant, les taux de prise en charge minimales mentionnés ci-dessus sont réduits afin que notre prise en charge ne puisse excéder les frais exposés.

Hors parcours de soins, le contrat ne rembourse pas:

- . la majoration du ticket modérateur en application de l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant,
- . les dépassements d'honoraires prévus à l'article L 162-5-18 du Code de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, la contribution forfaitaire mentionnée à l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale n'est jamais prise en charge par le contrat.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires régissant les "contrats responsables", les garanties du contrat feront l'objet de modification pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'assuré.

1.2 Dépenses de soins remboursées

Dans les conditions et les limites de la garantie indiquée aux Dispositions Particulières, nous garantissons:

Le remboursement des frais médicaux suivants

- . Les consultations, visites, indemnités de déplacement des praticiens et auxiliaires médicaux.
- . Les frais d'hospitalisation médicale et chirurgicale dans les établissements conventionnés : honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, frais de salle d'opération, frais de séjour y compris le forfait hospitalier, chambre particulière et frais d'accompagnement pour les enfants de moins de 12 ans.
- . Les actes de radiologie
- . Les analyses et prélèvements.
- . Les soins et prothèses dentaires, les frais d'orthodontie.
- . Les appareils d'orthopédie, de prothèse et d'optique.
- . La pharmacie
- . Les frais de transport du malade ou de l'accidenté
- . La cure thermale effectuée dans les établissements agréés par la Sécurité Sociale
- . La rééducation fonctionnelle sous réserve de prise en charge par le Régime Obligatoire.

. **Le remboursement d'au moins 2 actes de prévention** dans les conditions prévues par la loi du 13 août 2004 et l'arrêté du 8 juin 2006 (liste des prestations de prévention jointe en annexe).

Les actes de prévention remboursés par le régime obligatoire mais ne figurant pas dans cette liste continuent à être remboursés par votre contrat.

Le versement de forfaits annuels dans la limite des frais réellement engagés (sauf pour le forfait naissance ou adoption)

.Un forfait en cas de naissance ou adoption d'un enfant

.Un forfait optique en complément du remboursement des verres, des montures et des lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire.

.Un forfait complémentaire par oeil pour la chirurgie réfractive sur prescription médicale.

.Des forfaits pour la prise en charge d'actes de prévention remboursés ou non par le Régime Obligatoire dont: le sevrage tabagique, les vaccins (antigripal ou autres), la consultation diagnostic en diététique pour les enfants de moins de 12 ans.

.Différents forfaits comme:

- pilule contraceptive, implant contraceptif, traitement oestro-progestatifs,
- médecines naturelles (ostéopathes, chiropracteurs).

Les limitations

.Limitation de l'hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie assimilée):

L'hospitalisation en psychiatrie est prise en charge dans la limite de 30 jours par année d'adhésion, sur base de 100% du tarif de responsabilité.

Notre prestation est versée selon la formule souscrite sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire avec prise en charge du forfait hospitalier et de la chambre particulière.

.Limitation de l'hospitalisation à domicile:

L'hospitalisation à domicile, avec accord de la Sécurité Sociale et en continuation d'un séjour hospitalier garanti par nos soins est prise en charge dans la limite de 90 jours par année d'adhésion (sur la base de 100% du tarif de responsabilité et sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire).

Rachat Bonus Fidélité : il vous est proposé, en option, un rachat du bonus de fidélité, ce dernier étant normalement acquis au bout de 3 ans. Ce rachat vous permettra de bénéficier, sauf dispositions particulières, immédiatement de remboursements majorés en optique, prothèses dentaires et orthodontie.

1.3 Assurance du nouveau né

Le nouveau né est assuré immédiatement à la condition que l'un des parents ait souscrit le contrat depuis au moins 9 mois et que la demande d'assurance nous soit adressée au plus tard dans les 3 mois qui suivent la naissance.

Dans les autres cas, la garantie du nouveau né prendra effet à la date de réception de la demande et les délais d'attente seront alors applicables.

Le bulletin de naissance doit être produit comme justificatif de l'événement.

1.4 Etendue territoriale de la garantie

La garantie du contrat s'exerce dans l'Union Européenne et la principauté de Monaco. Elle s'étend aux accidents survenus et aux maladies contractées hors de France lorsque le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'assuré s'applique. Le règlement des prestations est effectué en France et en euros.

1.5 Délais d'attente

Les garanties de votre contrat sont, pour la plupart, acquises immédiatement

Dans quelques cas, nous intervenons après un délais d'attente:

. De six mois pour les prothèses dentaires, l'implantologie, l'orthodontie et l'optique.

. De neuf mois pour la maternité

Ce délais d'attente est appliqué à partir de la date d'effet indiquée aux Dispositions Particulières

Cas particulier

En cas de diminution des garanties en cours de contrat, les délais d'attente ne sont pas reconduits pour l'assuré à compter de la date d'effet de l'avenant.

2. Les services d'assistance

Pour bénéficier de ces services, il est impératif de nous contacter avant d'engager toute dépense,

sous peine de vous voir refuser la prise en charge de vos frais. Les prestataires qui interviennent(aide à domicile, garde d'enfants...) sont choisis par nos soins. Pour les contacter, appelez le :

0810 677 677

Les services d'assistance sont fournis en France métropolitaine, dans les principautés de Monaco et d'Andorre

Ils sont disponibles 24h/24, 7j/7 (à l'exception du service d'information joignable de 8h à 19h30 sauf dimanche et jours fériés).

Vous, votre conjoint ainsi que vos enfants fiscalement à charge et vivant sous le même toit peuvent en bénéficier.

2.1 Soutien de l'assuré en cas d'hospitalisation supérieure à 72h

Pour vous soutenir et venir en aide à votre famille restée seule, nous vous fournissons les prestations suivantes:

Confort hospitalier (Tv et téléphone):

Remboursement des frais d'ouverture de ligne téléphonique et frais de location d'un téléviseur sur le lieu de l'hospitalisation, à concurrence de 80 euros TTC

Aide à domicile:

Recherche et prise en charge d'une aide ménagère chez vous, soit durant votre hospitalisation, soit pendant votre convalescence (dans les 30 jours qui suivent votre retour d'hospitalisation), à concurrence de 20 heures.

Garde de vos enfants de moins de 16 ans.

Au choix:

.Garde à domicile en journée par une personne qualifiée, à concurrence de 20h.

.Ou, présence d'un proche chez vous, pour prendre soin de vos enfants (organisation et prise en charge du transport aller/retour en France)

.Ou, transfert de vos enfants chez un de vos proches, organisation et prise en charge du transport aller retour en France (à concurrence de 80 euros TTC par enfant, avec si besoin accompagnement par une hôtesse).

Garde de vos animaux domestiques

(Chiens ou Chats exclusivement):

organisation et prise en charge des frais de garde de vos animaux en chenil pendant 15 jours maximum.

2.2 Services au quotidien

Recherche d'une ambulance:

Nous organisons votre transport en ambulance ou en véhicule sanitaire léger pour vous conduire jusqu'au centre de soin ou d'examen que vous ou votre médecin nous avez indiqué. Le coût du transport reste à votre charge.

Recherche de médicaments en cas d'immobilisation:

Si aucune personne de votre entourage ne peut aller chercher les médicaments qui vous ont été prescrits, un de nos prestataires vous apportera chez vous vos médicaments, après être passé chercher l'ordonnance.

Le coût des médicaments reste couvert par la garantie des frais de soins de votre contrat.

Informations pratiques sur les démarches de Santé:

Nous vous aidons à orienter vos démarches dans le domaine de la santé (prestations Sécurité Sociale, accidents de travail, rente d'invalidité, maisons de retraite, associations...). Toutefois, nous ne pouvons en aucun cas être tenu pour responsable de vos interprétations, ni de leurs conséquences éventuelles.

2.3 Spécial Enfants :

Aide pédagogique aux Enfants malades

Nous fournissons une aide pédagogique à votre enfant malade absent plus de 12 jours ouvrés à l'école, afin qu'il puisse poursuivre le programme scolaire (à concurrence de 10 heures par

semaine et jusqu'à la reprise des cours).

MODALITES :

Les cours sont dispensés chez vous par des enseignants, hors périodes de vacances scolaires, et au maximum jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours.

Ils sont fournis du cours préparatoire à la terminale, en mathématiques, physique, français, anglais, espagnol ou allemand (par tranche de 4 heures minimum par matière).

Nous nous engageons à mettre en place l'aide pédagogique sous 3 jours ouvrés suivant la demande, sous réserve de fourniture d'un certificat médical attestant l'absence scolaire de plus de 12 jours ouvrés.

2.4 Spécial Femmes

2.4.1 Accompagnement naissance

Aide-puéricultrice ou aide à domicile:

Pour vous aider à vous occuper de votre nourrisson, nous recherchons et prenons en charge (dans les deux mois suivants la naissance) selon votre choix:

.Une aide puéricultrice, une sage-femme ou une infirmière à concurrence de 8 heures,

.Ou une aide ménagère chez vous, à concurrence de 20 heures.

Soutien en cas d'hospitalisation du nouveau né:

S'il est nécessaire que votre nouveau né soit maintenu plus de 20 jours dans un centre hospitalier (grand prématuré nécessitant des soins en couveuse, enfant présentant une déficience congénitale ou acquise des capacités physiques ou mentales), vous bénéficiez des services suivants :

.Présence aux côtés de l'enfant hospitalisé : prise en charge de 5 nuits d'hôtel à concurrence de 60 euros par nuit.

.Soutien psychologique 24h/24 : notre service Ecoute et Accueil Psychologique vous permet à tout moment de contacter des psychologues cliniciens par téléphone.

En fonction de votre situation et de votre demande, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez vous, un psychologue diplômé d'état.

2.4.2 Soutien en cas d'alitement pendant votre grossesse

Aide à domicile:

Recherche et prise en charge d'une aide ménagère chez vous, à concurrence de 20 heures.

Garde de vos enfants de moins de 16 ans.

Selon votre situation :

.Garde à domicile en journée par une personne qualifiée, à concurrence de 20 heures,

.Ou présence d'un proche chez vous, pour prendre soin de vos enfants (organisation et prise en charge du transport aller/retour en France),

.Ou transfert de vos enfants chez un de vos proches (organisation et prise en charge du transport aller/retour en France (à concurrence de 80 euros TTC par enfant, avec si besoin accompagnement par une hôtesse).

3.La protection juridique médicale

3.1 Les prestations et le domaine d'intervention

Quand vous avez besoin d'une information sur la législation relative à la Santé et son environnement, ou en rapport avec le Code de la Santé Publique, ou bien avec le Code de la Sécurité Sociale, nous vous renseignons, du lundi au samedi, de 9h à 18h, sur simple appel au :

0810 677 677

Si vous êtes confronté à un litige mettant en cause le "Corps Médical" ou un "Etablissement de soins", ou encore la "Sécurité Sociale", nous nous engageons à :

.examiner votre dossier litigieux et à vous conseiller sur la portée ou les conséquences de l'affaire.

**.vous fournir notre assistance amiable en vue d'aboutir a une solution conforme à vos intérêts,
.prendre en charge, si besoin est, les dépenses nécessaires à l'exercice de votre recours en justice.**

Nous vous garantissons notre intervention dans le cadre de recours à l'encontre des responsables de préjudices vous affectant personnellement et consécutifs à une erreur, omission ou manquement caractérisant le non respect de l'obligation de moyen à charge du professionnel de santé.

.conformément aux dispositions de l'article L 127.7 du Code des Assurances, nous sommes tenus en la matière à une obligation de Secret Professionnel;

.selon l'importance du dossier ou les difficultés rencontrées, nous vous donnons notre avis sur l'opportunité de transiger ou d'engager une instance judiciaire, en demande comme en défense. Les cas de désaccord à ce sujet sont réglés selon les modalités prévues ci dessous au paragraphe "Arbitrage".

Direction du procès

En cas de procédure judiciaire, la direction du procès vous appartient, assisté de votre avocat. Vous ne pouvez pas dessaisir l'avocat librement choisi sans avoir au préalable obtenu notre accord

Execution des décisions de justice

Dans le cadre de notre garantie, nous prenons en charge la procédure d'exécution de la décision de justice rendue en votre faveur

3.2 Etendue de la garantie financière

En cas de litige, et sous réserve d'accord préalable et formel de notre part, nous garantissons :

.Les frais de dossier, d'enquête, les frais et honoraires des experts, des avoués, des huissiers,

.Les consignations destinées aux experts judiciaires ordonnées par les tribunaux,

.Les frais et honoraires d'avocat, dont le choix est libre, comme précise ci-après.

Si dans le cadre du traitement de votre sinistre, il est nécessaire de faire appel à un avocat, vous fixez de gré à gré avec celui-ci le montant de ses honoraires et frais.

Lorsque l'intervention d'un avocat ou d'un spécialiste s'avère nécessaire pour défendre, représenter ou servir vos intérêts, vous disposez de la faculté de choisir librement cet avocat ou ce spécialiste, selon l'alternative suivante :

Vous confiez la gestion de votre dossier à l'avocat et/ou l'expert médical de votre choix et faites l'avance de leurs frais, honoraires fixés d'un commun accord y compris de la consignation pour expertise si celle-ci est mise à votre charge par le tribunal. Ensuite, vous obtenez dans un délais de 4 semaines à réception de votre demande à notre siège social, le remboursement des dits frais et honoraires sur justificatifs et factures acquittées, accompagnés de la copie intégrale de toute pièce de procédure, décision rendue ou protocole de transaction signé, dans les limites TTC suivantes :

.Assistance à une expertise ou à une mesure d'instruction, ou Ordonnance, ou Requête : 400 euros

.Tribunal correctionnel : 800 euros.

.Tribunal d'Instance : 610 euros

.Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale : 800 euros

.Cour d'Appel : 1000 euros.

.Cour de Cassation ou Conseil d'Etat : 2100 euros.

.Transaction amiable menée à son terme par l'Avocat et ayant abouti à un protocole signé par les parties: de 400 euros à 1000 euros

.Frais d'une Expertise Médicale amiable : 400 euros

.Frais d'une Expertise Médicale Judiciaire : 800 euros

Cependant, vous pouvez également vous en remettre à l'avocat, ou à l'expert, conseillé par l'assureur.

En ce cas, vous n'avez pas à faire l'avance des honoraires qui sont directement réglés par l'assureur, en application des plafonds ci-avant.

Tous frais confondus, notre garantie financière est limitée à 20000 euros TTC par litige.

En cas de litiges mettant en cause plusieurs assurés face à un même tiers responsable d'un même fait générateur, les différentes réclamations ne constituent qu'un seul et même dossier. La garantie est portée à 40000 euros, quel que soit le nombre de victimes garanties.

Attention, sous peine de non paiement des sommes contractuelles, vous devez nous déclarer le litige avant tout déclenchement de procédure judiciaire et obtenir notre accord avant la régularisation de toute transaction

avec la partie adverse.

3.3 Conditions d'intervention

Les garanties sont acquises sous les conditions suivantes :

- .La cause du dommage à l'origine du préjudice doit être postérieure à la date d'effet de votre contrat.
- .Le litige doit être déclaré à l'Assureur entre cette date et celle de cessation des garanties, et en tout état de cause, dès que l'Assuré en a connaissance, et au plus tard dans les six mois de la survenance.
- .Il doit être en outre nous être déclaré, sous peine de non garantie, avant d'engager une procédure judiciaire.
- .Le montant du préjudice personnel de l'Assuré doit être supérieur à 800 euros.
- .Le responsable du dommage doit être un Professionnel ou Etablissement de soins, conventionné ou non, mais reconnu par la nomenclature légale de la Sécurité Sociale
- .Le litige doit relever de la compétence d'une juridiction d'un pays membre de l'Union Européenne.
- .Si votre Adversaire est condamné aux dépens de l'instance, ou si vous obtenez une indemnité au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, de l'article 475.1 ou 800.2 du Code de Procédure pénale et de l'article L761.1 du Code de la Justice Administrative, nous sommes subrogés dans vos droits sur ces indemnités.

3.4 Prise d'effet et durée de la garantie

Sans déroger aux conditions d'intervention ci-dessus, la garantie "Protection Juridique Médicale" prend effet dans les mêmes conditions que les garanties principales du contrat ATOLL Santé de Generali.

Les garanties prennent fin dès que l'assuré n'est plus affilié au contrat ATOLL Santé de Generali, pour quelque cause que ce soit notamment en cas de résiliation de ce même contrat.

La garantie accordée peut être résiliée par Generali indépendamment du contrat Atoll Santé, et ferait en ce cas l'objet d'une information préalable.

4. Les exclusions du contrat

4.1 Les exclusions des garanties d'assistance

Les exclusions ci-après sont applicables exclusivement aux garanties d'assistance.

Pour la garantie d'assurance des frais de soins, en cas de survenance de l'un des événements ci-après, le contrat les prend en charge selon les modalités de l'article I.I "objet du contrat".

Ne sont jamais garantis

- . Les maladies ou accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant :
 - d'un acte intentionnel de l'assuré
 - de la participation à des actes de terrorisme ou de sabotage, à des émeutes ou a des mouvements populaires,
 - de la guerre civile ou étrangère,
 - de la désintégration du noyau de l'atome, de l'émission de radiations ionisantes,
 - de la pratique de sports, soit à titre professionnel, soit à titre d'amateur avec compétitions nationales,
 - de la pratique des sports aériens et apparentés (deltaplane, saut à l'élastique, parachutisme, parapente).
- .Les frais engagés sans l'accord préalable d'EUROP ASSISTANCE FRANCE
- .Les cas dans lesquels nous ne recevons pas les justificatifs nécessaires attestant de votre situation.
- .Les affections ou lésions bénignes ne justifiant pas une immobilisation à domicile.
- .Les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution de nos obligations, résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que l'instabilité politique notoire, la restriction à la libre circulation des personnes et des biens, les grèves, les explosions, les catastrophes naturelles, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de ces mêmes causes.

4.2 Exclusions Protection Juridique

.En sus des exclusions de l'article 4.1 ci-dessus, ne sont pas couverts les litiges ne pouvant répondre aux conditions définies aux articles 3.1,3.2 et 3.3 des présentes

De plus, la garantie ne s'applique pas :

- . aux litiges dont vous aviez connaissance lors de la souscription, ou lors de votre adhésion au contrat,

. aux sinistres dont le fait générateur est antérieur à la souscription du présent contrat ou à votre adhésion,

de plus, les frais de consultation juridique ou d'actes de procédure réalisés avant déclaration du sinistre ne sont pas pris en charge sauf si vous pouvez justifier de l'urgence à les avoir engagés.

5. La vie du contrat

5.1 Vos déclarations

Le contrat est établi d'après vos déclaration et la cotisation est fixée en conséquence.

Que devez-vous nous déclarer?

A la souscription :

Vous devez répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant dans la proposition d'assurance.

En cours de contrat :

Vous devez nous déclarer pour toutes les personnes couvertes par le contrat :

- . Un changement de domicile
- . Un changement de situation familiale (naissance, mariage, décès).
- . Un changement de situation au regard du Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Ces déclarations doivent parvenir à notre siège social ou à notre représentant par lettre recommandée dans les 15 jours qui suivent votre connaissance de l'un de ces événements

A la souscription ou en cours de contrat :

Vous devez nous déclarer les garanties couvrant des risques de même nature souscrits auprès des autres assureurs.

Toute réticence, omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque connue de vous, entraînent l'application des sanctions prévues par le Code des Assurances.

5.2 Formation, durée, résiliation

Le contrat est régi par le Code des Assurances selon les modalités prévues aux articles précisés dans le texte qui suit.

Quand le contrat prend-il effet ?

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Dispositions Particulières.

Quelle est la durée du contrat ?

Le contrat est conclu pour la durée indiquée aux Dispositions Particulières par une mention en caractères très apparents figurant juste au dessus de votre signature. Sauf dispositions contraires, il se renouvelle chaque année de façon automatique. Il peut être dénoncé par vous, moyennant un préavis d'un mois au moins avant la date d'échéance annuelle.

Comment résilier le contrat ?

Votre contrat peut être résilié dans les circonstances et les délais indiqués au tableau ci-contre.

Forme de la résiliation :

.Lorsque la résiliation est de votre fait, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé au siège ou chez le représentant de notre Société,

.Lorsque la résiliation est de notre fait, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée à votre dernier domicile connu.

Date d'envoi de la lettre de résiliation :

Pour vous : la date retenue est la date d'expédition, le cachet de la poste faisant foi,

Pour nous : la date retenue est la date de réception chez vous de la lettre de résiliation.

Conséquences de la résiliation :

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

Toutefois, si la formule de garantie souscrite prévoit une garantie "Indemnité de naissance", celle-ci est due pour toute naissance survenue dans les neuf mois suivant la date d'effet de la résiliation.

Pour quels motifs ?	Qui peut résilier	Selon quelles modalités ?	Date d'effet de la résiliation
Non reconduction du contrat.	VOUS	au plus tard 2 mois avant l'échéance principale prévue aux dispositions particulières	Aujourd'hui de l'échéance principale à 0 heure
Changement de domicile de situation matrimoniale, de profession, retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle art L 113-16.	VOUS ET NOUS	VOUS : dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement. NOUS : dans les 3 mois qui suivent l'envoi de votre lettre nous en informant	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation
Augmentation de tarif pour des motifs à caractère technique ou réglementaire.	VOUS	Dans le mois qui suit la date où vous avez eu connaissance de cette augmentation	1 mois après l'envoi de votre lettre de résiliation.
En cas de diminution du risque et que nous ne réduisons pas votre cotisation en conséquence art L113-4.		Dans le mois où vous avez eu connaissance de vos nouvelles garanties et tarifs	1 mois après l'envoi de votre lettre de résiliation.
Résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre art R113-10		Dans le mois qui suit l'envoi de notre lettre de résiliation du contrat résilié	1 mois après l'envoi de votre lettre de résiliation du présent contrat.
Redressement ou liquidation judiciaire art L113.6.	L'ADMINISTRATEUR OU LIQUIDATEUR ET NOUS	Dans les 3 mois à partir de la date de redressement ou de liquidation	L'Administrateur ou le liquidateur : le jour de l'envoi de la lettre de résiliation. Nous : 1 mois

			après l'envoi de notre lettre de résiliation.
Non paiement des cotisations art L113-3.	NOUS	Au plus tôt 10 jours après l'échéance	40 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation
Omission ou inexactitude dans la déclaration des risques art L113-8.		Dès que nous en avons connaissance mais avant tout sinistre.	10 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation
Retrait total de l'agrément de notre société	RESILIATION DE PLEIN DROIT		Le 40ème jour à midi après la publication au Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratif de notre société.
Décès du souscripteur			A l'échéance suivante. Si il y a plusieurs assurés le contrat est adapté à cette échéance pour assurer un maintien des garanties
Départ de la France métropolitaine, Andorre, Monaco pour une durée supérieure à un an.			Au bout d'un an

5.3 Cotisation

La cotisation est fixée à la souscription en fonction de la formule de garantie choisie, de votre âge, de votre Régime Obligatoire et du lieu de domicile du souscripteur. Elle ne dépend pas de votre état de santé.

Varitaion de la cotisation

En cours de contrat la cotisation évolue à chaque échéance principale en fonction de l'âge de l'assuré. La cotisation peut aussi varier en cas de changement de domicile, s'il y a changement de zone tarifaire. La cotisation évolue aussi en fonction de l'augmentation des dépenses de santé de notre portefeuille de contrats.

Révision du tarif

Le tarif sera révisé annuellement en fonction de l'évolution de ces critères et pour les motifs suivants:

*Résultats techniques :

La cotisation peut être révisée en fonction des résultats techniques du portefeuille des contrats (A l'échéance principale)

*Modification de remboursement de votre Régime Obligatoire

La cotisation peut être révisée en contrepartie du maintien de votre niveau de remboursement global. (A l'échéance qui suit la modification)

* Modification des taxes d'assurance

La cotisation peut être révisée selon l'impact des décisions des pouvoirs publics. (A l'échéance qui suit la modification)

Païement de la cotisation

La cotisation se paie annuellement et d'avance au Siège, à l'agence ou à l'adresse commerciale du représentant de la compagnie.

Vous pouvez bénéficier d'un paiement fractionné de cette cotisation.

Si vous ne pouvez pas payer la cotisation dans les 10 jours de son échéance, nous pouvons -indépendamment de notre droit de poursuivre en justice- vous adresser une lettre recommandée valant mise en demeure à votre dernier domicile connu. Les garanties de votre contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre.

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

Nous avons le droit de résilier votre contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité, par une nouvelle lettre recommandée.

Dans ce cas, nous conservons, à titre de dommages et intérêts, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

Prélèvement

Si vous avez opté pour le prélèvement des cotisations, sachez que ce prélèvement cessera dès qu'un prélèvement sera refusé par votre établissement bancaire.

L'intégralité de la cotisation annuelle déduction faite des fractions déjà payées, deviendra alors immédiatement exigible.

5.4 Réglement des prestations

Quelles sont vos obligations ?

Toutes les pièces concernant un accident ou une maladie doivent nous être remises trois mois au plus tard après la fin du traitement. Si le traitement dure plus de trois mois, vous devez nous prévenir au plus tard le quatrième mois.

En cas de non respect de ces obligations, sauf cas de force majeure, la garantie ne vous sera pas acquise, dès lors que ce retard nous aura causé un préjudice.

Justificatifs à produire

Pour obtenir le remboursement choisi, il vous suffit d'envoyer au Siège de la Compagnie les décomptes du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui vous ont été servies.

Ces décomptes doivent être accompagnés du formulaire de demande de remboursement de frais médicaux que vous aurez rempli et signé. Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

Toutefois, nous nous réservons le droit de demander tout autre justificatif qui nous semblerait nécessaire (facture détaillées, notes d'honoraires,...).

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

L'Expertise

I. Renseignement supplémentaires

* Notre médecin conseil peut vous demander tout renseignement complémentaire sur la maladie ou l'accident traité, il peut être amené à vous demander de répondre à un questionnaire ou de fournir des documents médicaux spécifiques.

* Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement ou par le biais de votre médecin.

2. Expertise

* En cas de contestation d'ordre médical, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

* Chacun de nous choisit un médecin expert devant régler le différent. A défaut d'accord entre eux, ceux-ci adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction de la garantie que vous avez souscrite et qui figure aux Dispositions Particulières.

Ce remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire.

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

Le règlement des prestations est toujours subordonné au remboursement préalable de votre Régime Obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties, notamment en optique et pour les actes de prévention.

5.5 Subrogation

En vertu du Code des Assurance, nous sommes subrogés dans vos droits et action envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité versée par nous.

5.6 Prescription

Toutes les actions concernant ce contrat qu'elles émanent de vous ou de nous, ne peuvent être exercées que pendant un délais de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription peut être interrompue par :

.Désignation d'expert

.Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par nous en ce qui concerne le paiement de la cotisation et par vous en ce qui concerne le règlement d'un sinistre.

.Saisie d'un tribunal, même en référé.

.Toute autre cause ordinaire.

Si vous avez souscrit les garanties de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues au Code des Assurances sont applicables.

5.7 Information de l'Assuré

Examen des réclamations et procédure de médiation

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, contactez votre interlocuteur habituel (agent ou courtier)

Il est en mesure d'étudier toutes vos question et demandes.

En cas de désaccord, vous pouvez adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à :

Generali
SERVICE RECLAMATIONS
7 boulevard Haussman
75456 Paris Cedex 09

servicereclamations@gfa.generali.fr

Nous nous engageons à traiter votre réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

Si un désaccord devait persister, les particuliers ont la faculté de faire appel au médiateur de la compagnie, et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales. Les conditions d'accès à ce médiateur, ses coordonnées ainsi que la procédure à suivre vous seront communiquées par le Service Réclamations.

Droit d'accès aux informations enregistrées

Vous pouvez nous demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de Genarali, ses mandataires et ses réassureurs, et des organismes professionnels, en nous écrivant à l'adresse suivante :

Generali
7 boulevard Haussmann
75456 Paris CEDEX 09