

« Ugip *illico santé* »

Vous assurer, c'est notre métier

CONDITIONS GENERALES

(Référence : *illico/01-2010*) Valant notice d'information

Relative au contrat groupe à adhésion individuelle «Ugip *illico santé*» N° 2520 et 2521

■ souscrit par :

UGIP «Union Générale Inter-Professionnelle» (Association de loi 1901, Siège social : 2, rue Turgot, 75009 Paris), ci-après dénommée «UGIP»

■ auprès de :

CAMEIC, l'Assureur, (Société d'Assurance Mutuelle, Siège social : 25 rue de Madrid, 75008 Paris), ci-après dénommée «CAMEIC»

■ La gestion des adhésions au contrat, par délégation de l'Assureur, est effectuée par

CEC (Conseil Européen de Courtage, Centre de gestion santé CEC, 73-75 rue Brillat Savarin, 75013 PARIS), ci-après dénommé «CEC»

Le contrat *illico santé* a été négocié auprès de l'Assureur par CEC.

UGIP a confié la commercialisation du contrat *illico santé* à titre exclusif à CEC qui le distribue via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires.

CEC - Conseil Européen de Courtage

SAS de courtage d'assurances, enregistrée à l'ORIAS sous le numéro 07 005 951

RCS Paris B 318 50 3547 - Siège Social : 73-75 rue Brillat Savarin, 75013 PARIS

Lexique

- **Adhèrent** : La personne signant la demande d'adhésion, acquitte les cotisations et ainsi fait accéder aux garanties dudit contrat.
- **Age** : l'âge de l'assuré est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion et l'année de naissance.
- **Année d'assurance** : Période s'écoulant entre deux dates d'échéance annuelle.
- **Assuré** : La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au Certificat d'Adhésion.
- **Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR)** : Tarif sur la base duquel est calculé le remboursement effectué par le Régime Obligatoire de la Sécurité Sociale Française dont relève l'assuré, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.
- **Conclusion de l'adhésion** : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhèrent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée au Certificat d'Adhésion.
- **Conjoint** : Est considéré comme Conjoint l'époux ou l'épouse de l'Adhèrent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité ou son (sa) concubin(e) notoire.
- **Couple** : Est considéré comme couple, l'Adhèrent et son conjoint.
- **Délai d'attente** : Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pendant cette période.
- **Echéance annuelle** : Correspond au 1er jour du mois d'adhésion de l'assuré principal.
- **Échéance principale** : 1er janvier de chaque année, date à laquelle se renouvelle chaque année votre adhésion au contrat.
- **Enfant** : Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou ceux de votre Conjoint. La garantie cesse à leur égard à la fin de l'année suivant leur 25ème anniversaire. A compter de 18 ans les enfants peuvent continuer à être assurés dans le cadre de l'adhésion des parents moyennant l'acquiescement d'une cotisation Adulte.
- **Garantie** : Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de l'option retenue cumulées à celles des renforts éventuellement souscrits, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.
- **Plafond annuel de remboursement** : seuil limite annuel de la prise en charge par l'assureur d'une dépense pour un type d'acte.
- **Régime Obligatoire (RO)** : C'est le Régime Obligatoire d'assurance maladie de la Sécurité Sociale Française dont relève l'assuré.
- **Nous** : Il s'agit de nous l'Assureur.
- **Vous** : Il s'agit de vous, l'Adhèrent au contrat.

Préambule

Votre adhésion au contrat est :

- **régie par les dispositions** qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment par le Code des Assurances. En accord avec l'Ugip et vous même nous nous engageons à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion,
- **constituée des éléments suivants** :
 - **les présentes Conditions Générales** qui définissent les conditions d'application de votre adhésion au contrat,
 - **des garanties proposées** et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements,
 - **le Certificat d'Adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites,
 - **le tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé garanties.
 - **la notice d'information** de «Garantie Assistance» qui présente un ensemble de service d'assistance santé au quotidien en cas de besoins.

Art.1 - Objet du contrat

Le contrat *illico santé* a pour objet de permettre à l'Adhèrent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à maladie, accident ou hospitalisation. Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhèrent.

Art.2 - Nature des garanties du contrat

Garanties «contrat solidaire» :

L'accès au contrat et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé de l'Adhèrent, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties «contrat responsable» :

Les différentes formules de garantie santé du contrat *illico santé* respectent l'ensemble des dispositions fixées par les articles L.871-1 et L.871-2 du code de la Sécurité Sociale; ainsi que ses textes d'applications détaillés dans l'article L.162-5-3, dont notamment :

- le remboursement de certaines prestations de prévention dans les conditions définies par l'article R871-2 du code de la Sécurité Sociale,
- la non prise en charge des pénalités résultant du non respect du parcours de soins, telles que, la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire, le reste à charge sur les dépassements d'honoraires des actes cliniques et techniques, suivant les dispositions du 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité Sociale, les franchises, majorations et participations forfaitaires.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des Adhérents.

Art.3 - Qui peut adhérer au contrat ?

Pour adhérer au contrat, vous devez :

- être assujéti à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- être âgé de 18 ans ou plus
- respecter l'âge limite d'adhésion précisé dans l'article 4.

Dispositions spécifiques au contrat n° 2521 (Loi Madelin : Contrat réservé aux seuls Adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :

Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base. **Si vous adhérez au contrat n° 2521, la prestation Allocation Obsèques n'est pas garantie pour aucune des personnes assurées dans le cadre de votre adhésion, et vous ne pourrez bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé, dite «contrat aidé» ou «crédit d'impôt».**

Art.4 - Personnes assurées et âge limite d'adhésion

L'Adhèrent, et s'ils sont désignés sur le Certificat d'Adhésion, son conjoint, et ses enfants à charge.

Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime Obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant-droit.

- **Âge limite d'adhésion des formules *illico 100, 100+, 150, 200 et 250* : 80 ans.**
- **Âge limite d'adhésion des formules *illico 300 et 350* : 65 ans.**

Art.5 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'Adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année (*échéance principale*) sauf dénonciation par vous, nous, ou l'UGIP dans les conditions mentionnées à l'article 14 : «Art.14 - Résiliation». Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

Art.6 - Conclusion, Prise d'effet, Délais d'attente

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhèrent et l'Assureur.

La date de conclusion est indiquée au Certificat d'Adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhèrent.

La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le Certificat d'Adhésion à l'égard de chaque personne assurée.

Aucun délai d'attente ne sera appliqué aux prestations mentionnées dans le tableau des garanties, exception faite d'une période non abrogeable de 6 mois sur l'Allocation Obsèques et de 9 mois sur l'Allocation Naissance/Adoption.

Art.7 - Territorialité

La garantie du contrat s'exerce en France Métropolitaine ou dans un Département d'Outre Mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte). Elle s'étend aux accidents, maladies et hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de base de l'assuré s'applique et que les séjours en dehors du territoire français et monégasque ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

Art.8 - Les exclusions et les limitations

8.1 - Les exclusions

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation relatifs à des actes ou soins commencés ou prescrits avant la date d'effet ainsi que ceux qui sont la conséquence:

- de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des

paris ou tentatives de record,

- de l'alcoolisme, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'assuré,
- d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente,
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense),
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

De plus ne sont pas pris en charge :

- les séjours en établissements hélio-marins ou de thalassothérapie,
- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties,
- les frais relatifs aux établissements de longs séjours, de gériatrie, de retraite, d'hospice,
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites,
- les prothèses dentaires provisoires,
- les séjours et frais relatifs aux établissements ou service de désintoxication, de post cure, les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), ainsi que les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD),
- les frais ou séjours en établissements médico-sociaux, ainsi que les Lits Halte Soins Santé (LHSS),
- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de CEC indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'assuré,

Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés ci-dessus la *garantie* prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871 - 2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

En aucun cas, le versement à titre exceptionnel d'une participation sur une prestation non garantie par le contrat *illico santé* ne pourra être considéré comme l'acceptation tacite du risque par CEC.

8.2 - Limitations

- les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle sont limités à 90 jours par an et par assuré pour l'ensemble de ces séjours,
- Les séjours dans les établissements ou service de psychiatrie sont limités à 30 jours par an et par assuré,
- la prise en charge des consultations effectuées par un psychiatre, un neuropsychiatre, ainsi qu'un pédopsychiatre, à hauteur des garanties précisées dans le tableau des garanties est limitée toutes spécialités confondues, à 6 par an et par assuré, dès lors et même si ces soins ont fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire,
- seule la partie chirurgicale de l'implant dentaire sera prise en compte dans le forfait réservé à la prise en charge des actes non remboursables par le RO.

Art.9 - Vos déclarations

9.1 - A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat *illico santé*, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre Certificat d'Adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

9.2 - En cours d'adhésion

Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire,
- les changements de domicile.

Si les éléments modifiés constituent :

- **une aggravation de risque** (hors problème de santé), nous pourrions, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si vous refusez nos nouvelles conditions de garantie, vous devrez nous en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification. Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant préavis de 10 jours.
- **une diminution de risque**, nous pourrions diminuer la prime en conséquence. A défaut, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

Pour toute inscription d'un nouvel assuré dans le cadre de votre adhésion, il faut procéder aux déclarations prévues. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'Adhérent et les éventuels assurés lors de l'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

9.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

9.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à CEC par écrit, ou à défaut, confirmées par nous-même, dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire CEC en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

Art.10 - Vos cotisations

10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés, du lieu de votre domicile, de la composition familiale et/ou du (ou des) Régime(s) Obligatoire(s) dont ils relèvent lors de la prise d'effet des garanties.

En cours d'adhésion :

En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 1.5% jusqu'à l'âge de 40 ans, de 2% jusqu'à l'âge de 60 ans et de 3% à partir de 61 ans.

En cas d'ajout d'un nouvel assuré, la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Si l'arrivée d'un nouvel assuré entre dans le cadre de la réduction familiale, celle-ci sera alors appliquée. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau Certificat d'Adhésion ou sur l'avenant correspondant.

Votre cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.

Votre cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

Pour la détermination du montant de la cotisation, l'âge de l'assuré retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année de l'adhésion et l'année de naissance.

10.2 - La variation de vos cotisations

Lors de chaque échéance principale votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés, est évoquée ci-dessus :

- évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.
- pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives du contrat.
- pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et/ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

10.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle et payable d'avance à CEC.

Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur la demande d'adhésion.

10.4 - Le non paiement de vos cotisations

A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, CEC pourra, indépendamment de notre droit, poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure.

Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Les coûts d'établissement et d'envoi de la lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du Code des Assurances).

Art.11 - La modification de vos garanties

Vous pourrez modifier vos garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date, sous réserve de respecter les limites d'âge d'accès aux garanties fixées par l'article 4 des présentes Conditions Générales.

En cas d'augmentation de garantie, les plafonds dentaires de première année du nouveau niveau de garantie sont applicables.

De même, toute modification de garantie annule le nombre d'années d'adhésion pris en compte pour l'attribution du bonus fidélité en optique.

Art.12 - Quelles sont vos garanties ?

12.1 - Votre garantie santé

■ **Notre participation en tant qu'Assureur**, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé à la demande d'adhésion pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants et participations qui sont indiqués.

Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.

En tout état de cause, vous ne pourrez percevoir, au titre de votre adhésion au contrat *illico santé*, par vous-même, ou l'un des membres de votre famille assuré, un remboursement dont le montant, cumulé à ceux perçus par le Régime Obligatoire et/ou les éventuelles assurances complémentaires, serait supérieur à celui des frais réellement engagés.

La justification des frais engagés pour les dépenses garanties s'effectue sur les bases suivantes :

□ **Frais faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire** : le montant est celui, tel qu'il figure :

- dans le fichier télétransmis par le centre de traitement à CEC (procédure de télétransmission avec votre caisse obligatoire),

- ou sur les originaux de la feuille de soins ou le bordereau de remboursement établi par son centre de traitement,

- et lorsque les frais ont fait l'objet d'une prise en charge par un précédent régime complémentaire, c'est le décompte de remboursement original de ce dernier.

□ **Frais ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire** : le montant est celui figurant sur les factures des professionnels de santé.

La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond :

□ à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci);

□ aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire. En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

Lorsque la prestation garantie est exprimée sous la forme «par an», «par année», ou «forfait annuel» elle s'entend par année d'assurance, selon la définition qui en est précisée au lexique ci-dessus.

■ **Nos remboursements viennent en complément de ceux faisant l'objet d'un remboursement du Régime Obligatoire de la Sécurité Sociale** (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Tarification à l'Acte (T2A), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

■ **Certains frais non pris en charge par le Régime Obligatoire de la Sécurité Sociale de l'assuré** peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au Certificat d'Adhésion.

□ **Cas particulier des Praticiens de santé non pris en charge par le RO** : les actes non pris en charge par le régime de base et listés dans le tableau des garanties sont pris en charge dans la limite de la prestation maximum par consultation et dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

□ **Cas particulier des prestations assurées «Les forfaits Plus d'illico»** : certains honoraires, médicaments et actes listés au tableau des garanties, médicalement prescrits et non remboursés pas le Régime Obligatoire de l'assuré peuvent faire l'objet d'une prise en charge à hauteur de 70% des dépenses réelles dans la limite du montant du forfait annuel précisé dans la formule de garantie souscrite.

□ **Cas particulier de la prime de naissance ou adoption** : cette prestation est versée dès lors que l'enfant nouveau-né est mentionné comme assuré dans le cadre de l'adhésion au contrat **illico santé** du père ou de la mère (l'enfant ne peut, en aucun cas, être rattaché à deux contrats **illico santé**), la demande d'inscription doit être formulée dans les 3 mois qui suivent la naissance ou l'adoption. Si l'Adhérent le souhaite, l'adhésion de l'enfant nouveau-né ou adopté peut être réalisée à effet rétroactif, moyennement paiement des cotisations. En cas d'adoption, le jugement du tribunal des affaires familiales ou la copie de décision d'adoption de la DASS notifiant la date d'adoption et mentionnant le nom, prénoms et date de naissance de l'enfant sera exigé. En cas de naissances multiples, la prime de naissance sera doublée.

12.2 Votre garantie Allocation Obsèques

Si cette garantie est mentionnée dans le tableau des garanties relatif à la formule retenue, elle assure le versement d'une Allocation Obsèques prévue en cas de décès d'un assuré avant l'âge de 65 ans. Cette allocation est soumise à un délai d'attente non abrogeable de 6 mois, sauf si le décès survient à la suite d'un accident.

Pour les enfants de moins de 12 ans, conformément à la législation, le montant de l'allocation est limité au montant des frais engagés pour les obsèques.

Rappel : cette Allocation Obsèques est prévue uniquement pour les adhésions au contrat **illico santé n° 2520, soit hors Madélin.**

12.3 - Les services complémentaires proposés

■ Tiers payant :

Une carte de tiers payant est délivrée à l'Adhérent par CEC lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, CEC pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés. L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

■ Les Services d'Assistance Santé :

Les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de votre garantie assistance sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

■ La Télétransmission :

Les assurés relevant du Régime Général, de la RAM et de la GAMEX, peuvent demander à bénéficier de la télétransmission informatique de leurs décomptes de prestation de soins à CEC. Ce service permet à CEC d'effectuer le traitement des prestations complémentaires à celles versées par le Régime Obligatoire et d'en adresser le règlement à l'Adhérent. Les assurés s'évitent ainsi l'envoi des décomptes papiers (sous réserves de la présence sur le décompte de la mention «copie transmise pour information à votre organisme complémentaire»). Cette liaison est réalisée pour chacune des personnes assurées, à réception de la copie de l'attestation papier d'assuré social délivrée avec sa carte VITALE. Le dysfonctionnement dans les liaisons avec le centre de gestion du Régime Obligatoire de l'assuré peut affecter le bon fonctionnement de service qui ne pourra être attribué à CEC, et constituer, pour l'assuré, un motif valable pour formuler une demande de résiliation hors échéance.

Art.13 - Comment obtenir le règlement de vos prestations

13.1 - Les documents que vous devez transmettre

Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à transmettre à CEC sont les suivants :

■ **Hospitalisation** : l'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier, les notes d'honoraires des chirurgiens et des médecins anesthésistes présentant la cotation détaillée des actes.

■ **La médecine courante, la pharmacie** : l'original du décompte du régime de base.

■ **Le dentaire** : l'original du décompte du régime de base. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée du praticien et acquittée de tous les actes.

■ **L'implant dentaire** : l'original de la facture du praticien acquittée relative à la partie chirurgicale de l'implant dentaire.

■ **L'optique** : l'original du décompte du régime de base et/ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien, ainsi que la prescription médicale de l'ophtalmologiste pour tout achat de lentilles non remboursables par le RO.

■ **Chirurgie réfractive des yeux** : la prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.

■ **Appareillage (prothèse auditive, prothèses orthopédiques, gros appareillage)** : l'original du décompte du régime de base, ainsi que la facture détaillée acquittée.

■ **Ostéopathie et chiropraticien** : la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.

■ **Vaccins et pilules contraceptives non remboursés par le RO** : la copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée.

■ **Sevrage tabagique** : la prescription médicale ainsi que la facture détaillée et acquittée des substituts nicotiques (patch, pastilles, gommes, comprimés).

■ **Forfait annuel cure thermale** : la facture des frais de transports (copie billet de train, avion), et des frais d'hébergement (hôtel, ou locations diverses : camping, gîte, etc.).

■ **Allocation naissance/adoption** : acte de naissance du nouveau-né ainsi que l'attestation papier VITALE notifiant son inscription au Régime Obligatoire. En cas d'adoption, le jugement du tribunal des affaires familiales ou la copie de la décision de la DASS notifiant la date d'adoption et mentionnant le nom, prénoms et date de naissance de l'enfant sera exigé.

■ **Allocation obsèques** : l'original de l'acte de décès, le cas échéant les factures acquittées relatives aux frais d'obsèques, et dans certains cas un acte de notoriété.

Si l'assuré, préalablement à sa demande de remboursement présentée à CEC, a déjà bénéficié d'une prise en charge de ses frais par un premier organisme complémentaire, il devra, en complément des pièces et éléments mentionnés ci-dessus, communiquer le décompte original de ce régime complémentaire.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, CEC pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à CEC dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

Ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

13.2 - Contrôle des dépenses

CEC et l'Assureur se réservent la possibilité de demander aux assurés :

■ Tous renseignements ou documents dont ils jugeraient utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces documents ont un caractère médical, l'assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de CEC.

■ De se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

13.3 - Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'assuré et nous, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^e médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3^e médecin et des frais de sa nomination.

13.4 - Le paiement des prestations

■ Les dépenses de santé : à l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

■ L'Allocation Obsèques : cette allocation sera versée, en cas de décès :

- de l'Adhérent : à son conjoint survivant non séparé de corps et de fait, ou à son partenaire lié par un PACS, ou à son concubin reconnu, à défaut, par parts égales, à ses enfants nés ou à naître légitimes, reconnus ou adoptifs, à défaut, par parts égales, à ses ascendants ou au survivant d'entre eux, à défaut, ses ayants droit,

- du conjoint ou d'un enfant assuré, désigné sur l'acceptation d'adhésion : à l'Adhérent.

De même pour les enfants de moins de douze ans, l'indemnisation des frais funéraires sera conditionnée à la présentation de la facture des frais funéraires et sera versée à l'Adhérent, même si ces frais ont été acquittés par une tierce personne.

Art.14 - Résiliation

14.1 - L'adhésion peut être résiliée :

■ Par l'Adhérent :

- A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1^{er} janvier moyennant un préavis de deux mois au moins (Art. L 113-12 du Code des Assurances).

Important : reconduction tacite des contrats : conformément à l'article L113.15.1 du Code des Assurances, ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Châtel).

- Dans les trois mois suivant le changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation définitive

d'activité professionnelle de l'Adhérent, 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.

La résiliation prendra effet un mois après la réception de la demande de résiliation (Art. L 113-16 du Code des Assurances).

■ De plein droit :

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

■ Contractuellement :

- En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'Adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

14.2 - Les modalités de la résiliation

■ La résiliation par l'Adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception et adressée au siège administratif de CEC, «73-75, rue Brillat-Savarin 75013 Paris».

■ La résiliation par l'Assureur sera notifiée par CEC à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

Pour toute demande de résiliation, l'assuré sera tenu de restituer à CEC l'original de la carte de tiers payant en cours de validité.

14.3 - Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

14.4 Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation.

14.4.1 - En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L 112-9-1 du Code des Assurances.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'Assureur procédera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets.

L'intégralité de la prime reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

14.4.2 - En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L 112-2-1 du Code des Assurances et L 121-20-8 du Code de la Consommation (commercialisation à distance) :

En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'Adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

Si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

Art.15 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Article L114-1 :

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

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

Article L114-2 :

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

Article L114-3 :

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.

Art.16 - Subrogation

L'Adhérent ou ses ayants droit conservent leur droit de recours contre tout responsable. Toutefois, si l'Assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'Adhérent dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable (Article L.121.12 du Code des Assurances).

Art.17 - Informatique et liberté

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite «informatique et liberté», modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est **CEC**. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Service Clients de **CEC**, situé : «73-75, rue Brillat-Savarin, 75013 Paris».

Les données personnelles recueillies seront utilisées par **CEC**, destinataire, avec l'UGIP, ses mandataires, ses Assureurs et Réassureurs, de l'information, pour :

- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel,
- l'envoi de documents sur les produits proposés par **UGIP**. Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus.

L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

Art.18 - Les réclamations - La médiation

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application du contrat, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé à CEC - Service Clients 73-75, rue Brillat-Savarin, 75013 Paris. Si un différend persistait après la réponse apportée, vous aurez la faculté de demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les coordonnées du Médiateur seront communiquées sur simple demande au siège social de **CAMEIC**, 25 rue de Madrid, 75008 Paris.

Art.19 - Autorité de tutelle

pour les Sociétés d'Assurances ayant leur siège en France, l'autorité de tutelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (**A.C.P.**).

Art.20 - Possibilité de renonciation

L'Adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de signature de son adhésion, pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L.112-9 du Code des Assurances ou par les articles L.112- 2-1 du Code des Assurances et L.121-20-8 et suivants du Code de la Consommation.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à **CEC - Service Clients** - 73-75, rue Brillat-Savarin, 75013 Paris.

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la Lettre Recommandée A.R par **CEC**.

L'Assuré devra joindre à son envoi la carte de tiers payant en cours de validité, si cette dernière est en sa possession à la date de sa demande. De même il s'engage à la restituer dans les plus prompts délais, si cette dernière lui parvenait ultérieurement.

Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article 14.4 des présentes Conditions Générales.

Article L112-9-1 premier alinéa 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 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (...). Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation»

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L112-2-1 du Code des Assurances et L121-20-8 et suivants du Code de la Consommation :

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le Certificat d'Adhésion) à la demande expresse de l'Adhérent.

La cotisation, dont je suis redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et la date de réception de mon éventuelle renonciation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,

*Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat «Ugip **illico santé**» (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date).*

(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

A : (Indiquer le lieu)

Le : (Indiquez la date)

Signature.

CONVENTION D'ASSISTANCE N°00001756

UGIP-ILICO SANTE « ASSISTANCE SANTE – VIE QUOTIDIENNE »

COMMENT CONTACTER GARANTIE ASSISTANCE

• Téléphone	: 01 70 36 06 53 05 90 60 99 29 05 96 60 75 37 02 62 97 52 17	24 heures sur 24, en indiquant le numéro de votre contrat : 00001756
Télécopie	: 01 53 21 24 88 05 90 26 00 10 05 96 60 61 62 02 62 97 50 31	

IMPORTANT : Pour que les prestations d'assistance soient acquises, GARANTIE ASSISTANCE doit avoir été prévenue (par téléphone, fax) et avoir donné son accord préalable.

1. DISPOSITIONS GENERALES

L'UGIP a souscrit au profit de ses membres adhérents au contrat individuel à adhésion facultative « ILLICO SANTE » la présente convention d'assistance n°00001756 auprès de GARANTIE ASSISTANCE (ci-après G.A).

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les prestations d'assistance accordées aux bénéficiaires définis ci-dessous.

Ces prestations sont assurées et gérées par GARANTIE ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 1 850 000 € - 312 517 493 RCS Paris, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 38, rue La Bruyère - 75009 PARIS.

L'UGIP (Union Générale Inter-Professionnelle) est située 2 rue Turgot, 75009 PARIS dont le centre de gestion C.E.C (Conseil Européen de Courtage) est basé au 73-75 rue Brillat Savarin 75013 PARIS.

1.1. BENEFICIAIRES

Bénéficient des garanties décrites dans la présente convention d'assistance :

- toute personne physique membre de l'UGIP et ayant adhéré au contrat individuel santé à adhésion facultative « ILLICO SANTE »,
- le conjoint de l'adhérent,
- leurs enfants.

Les bénéficiaires doivent vivre sous le même toit et leur domicile fiscal doit être situé dans l'une des zones géographiques mentionnées au 1.2.

1.2. VALIDITE TERRITORIALE

Les garanties sont utilisables au *domicile* du bénéficiaire situé en France et DROM tels que définis au 1.4.

1.3. PRISE D'EFFET ET DUREE

Les bénéficiaires visés au 1.1 sont garantis en cas de maladie, accident ou décès survenu pendant la période de validité de la convention n°00001756.

1.4. DEFINITIONS

Pour l'application de la présente convention d'assistance, on entend par :

ACCIDENT : toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, imprévisible et extérieur au bénéficiaire et indépendante de la volonté de ce dernier.

ASCENDANT DEPENDANT : le père et la mère de l'adhérent (ou son conjoint) dont la perte d'autonomie nécessite l'aide ponctuelle de l'adhérent (ou son conjoint) pour l'accomplissement de la toilette, la préparation des repas et le ménage.

CONJOINT : le conjoint proprement dit de l'adhérent, ou son concubin ou son partenaire lié par Pacte Civil de Solidarité.

DOMICILE : le lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires, situé en France métropolitaine ou dans un DROM (cf. définitions ci-dessous), mentionné sur le bulletin d'adhésion au contrat collectif « ILLICO SANTE ».

DROM : les Départements et Régions d'Outre Mer français, à savoir la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane Française, la Réunion et par extension Mayotte.

ENFANT : l'enfant de l'adhérent et/ou de son conjoint.

EVENEMENT : selon la garantie sollicitée, la *maladie*, l'*accident*, le décès.

FRAIS DE SEJOUR : frais d'hôtel petit-déjeuner continental inclus.

FRANCE METROPOLITAINE : France continentale et Corse.

G.A : GARANTIE ASSISTANCE

HOSPITALISATION : tout séjour imprévu dans un établissement de santé, d'une durée de 24 heures minimum (**sauf précision contraire**), effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un *accident* ou d'une *maladie*.

L'établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) doit être habilité(e) à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès de personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.

IMMOBILISATION : toute immobilisation temporaire au *domicile*, imprévue, supérieure à 48 heures (**sauf précision contraire**), médicalement prescrite à la suite d'un accident ou d'une maladie.

MALADIE : altération soudaine de la santé constatée par une autorité médicale habilitée.

1.5. NECESSITE DE L'APPEL PREALABLE

Pour que les prestations d'assistance ci-après exposées soient acquises, G.A doit avoir été prévenue au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable.

GARANTIE ASSISTANCE

EN FRANCE METROPOLITAINE

N°Téléphone : 01 70 36 06 53

N°Télécopie : 01 53 21 24 88

EN GUADELOUPE

N°Téléphone : 05 90 60 99 29

N°Télécopie : 05 90 26 00 10

EN MARTINIQUE

N°Téléphone : 05 96 60 75 37

N°Télécopie : 05 96 60 61 62

A LA REUNION ET A MAYOTTE

N°Téléphone : 02 62 97 52 17

N°Télécopie : 02 62 97 50 31

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de G.A

Pour toute demande d'assistance, le bénéficiaire (ou toute autre personne agissant en son nom) doit :

- contacter G.A sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant),
- fournir les renseignements suivants :
 - le numéro du contrat d'assurance ou d'adhésion,
 - son nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté,

- la nature des difficultés motivant l'appel, les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le bénéficiaire, afin que G.A puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, préparer le rapatriement et l'admission de la victime dans un établissement hospitalier ou une clinique choisie par les médecins ou par le patient (avec l'accord de ces derniers).

1.6. ENGAGEMENTS FINANCIERS

1.6.1. ENGAGEMENTS FINANCIERS

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations ainsi que le nombre d'heures mentionnés dans les garanties ne sont pas forfaitaires : les prestations sont accordées après avis du médecin de G.A qui tient compte de l'état de santé du bénéficiaire.

Sans préjudice des règles exposées au 1.5 et 1.6.3, toute demande de remboursement adressée par le bénéficiaire à G.A devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande.

En cas de prise en charge des frais de séjour à l'hôtel, G.A ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-après, et à l'exclusion de tout autre frais.

1.6.2. AVANCE DE FRAIS

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, G.A peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

▪ **Conditions préalables au versement de l'avance par G.A :**

À titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire de l'avance consentie, G.A adressera un **certificat d'engagement** au bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à G.A L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par G.A.

Le bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à G.A un chèque certifié ou un chèque de banque.

▪ **Délai de remboursement de l'avance à G.A :**

Le bénéficiaire s'engage à rembourser à G.A la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

▪ **Sanctions :**

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et G.A pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

1.6.3. CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

Dans tous les cas, la nature de l'assistance et le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à la demande du bénéficiaire relèvent de la décision du médecin de G.A qui recueille, si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

Afin de permettre au médecin de G.A de prendre sa décision, il pourra être demandé au bénéficiaire de fournir tout justificatif médical de l'événement soudain et imprévisible qui conduit le bénéficiaire à solliciter son assistance.

Le cas échéant, G.A recommande au bénéficiaire d'adresser ces documents sous pli confidentiel à l'attention du service médical de GARANTIE ASSISTANCE.

G.A ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

1.7. EXCLUSIONS

G.A ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais de transport primaire engagés.

G.A ne garantit pas les événements suivants et leurs conséquences :

- les maladies chroniques et/ou répétitives, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutale ou proche,
- les hospitalisations répétitives pour une même cause,
- les hospitalisations aux fins de soins de suite et de réadaptation ;
- les hospitalisations aux fins de rééducation fonctionnelle, convalescence, cure, par exemple ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les maladies mentales ;
- les états de grossesse sauf complications ;
- les accouchements (sauf accouchements justifiant une hospitalisation d'une durée supérieure à 8 jours) ;
- les états pathologiques faisant suite à une Interruption volontaire de Grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée ;
- toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique notamment) ;
- les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile ;
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ;
- les conséquences d'un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique tel que visé à l'article R.234-1 du Code de la route ;
- les conséquences d'un conflit armé (guerre étrangère ou civile), d'une émeute,
- les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire,
- les conséquences de la participation volontaire du bénéficiaire à un acte de terrorisme ou de sabotage, un crime un délit, une rixe, un pari ou un défi.
- l'organisation et la prise en charge de frais de recherche en montagne, en mer ou dans un désert.
- les frais de restauration,
- les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires.

Sont également exclues des garanties, les conséquences :

- 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 des effets neurotoxiques rémanents,
- dès lors qu'elles font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures sanitaires préventives ou de surveillance spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales, locales et/ou françaises.

1.8. PRESCRIPTION

Toute action découlant de l'interprétation ou de l'exécution de la convention d'assistance est prescrite dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

1.9. SUBROGATION

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge G.A dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

1.10. LOI APPLICABLE

Le présent contrat est soumis à la loi française.

1.11. CONTROLE

GARANTIE ASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles située 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.

1.12. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire avant l'adhésion à la convention d'assistance puis lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant au contrat, le bénéficiaire consent à ce traitement.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à GARANTIE ASSISTANCE – Direction des Systèmes d'Information, 38 rue La Bruyère à PARIS (75009). Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher la souscription ou l'exécution des présentes garanties.

1.13. RECLAMATIONS

Toute réclamation portant sur la qualité ou les délais de traitement par G.A de la demande d'assistance doit être formulée par écrit et envoyée à l'adresse suivante : GARANTIE ASSISTANCE - Service Réclamations, 38 rue La Bruyère, 75009 PARIS. Une réponse sera adressée dans un délai de quinze jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

1.14. EXONERATION DE RESPONSABILITE

G.A est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties. Toutefois :

- la responsabilité de G.A est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère.
- la responsabilité de G.A ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif(ve) à l'insuffisance des disponibilités locales.
- G.A ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :
 - soit, de cas de force majeure
 - soit, d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L.121-8 alinéa 2 du code des assurances),
 - soit, des saisies ou contraintes par la force publique,
 - soit, des interdictions officielles,
 - soit, des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
 - soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

2. GARANTIES ACCORDEES

2.1. EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE DU BENEFICIAIRE

Rappel : l'immobilisation au domicile doit être supérieure à 48 heures consécutives.

2.1.1. ASSISTANCE EN CAS D'URGENCE MEDICALE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. G.A communique au bénéficiaire les coordonnées des services publics s'il ne sait pas sur le moment à qui s'adresser.

2.1.2. RECHERCHE ET ENVOI D'UN MEDECIN

En cas d'indisponibilité du médecin traitant habituel, G.A aide le bénéficiaire à rechercher un médecin pour une visite à *domicile* en lui communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

Les frais et honoraires du médecin restent à la charge exclusive du bénéficiaire.

G.A ne pourra pas être tenue responsable de l'indisponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer.

2.1.3. RECHERCHE ET RESERVATION D'UNE PLACE DANS UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER

A la demande du bénéficiaire et sur prescription médicale, G.A. se charge de rechercher et réserver une place dans un service hospitalier adapté à son état de santé, **dans la limite des disponibilités offertes par les établissements hospitaliers situés dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire.**

Le bénéficiaire conserve le choix final de l'établissement.

2.1.4. TRANSFERT A L'HOPITAL ET RETOUR AU DOMICILE

Si l'état de santé du bénéficiaire nécessite une *hospitalisation* immédiate, G.A missionne, à la demande du médecin traitant sur place, une ambulance (ou un véhicule sanitaire léger) pour procéder au transport de ce bénéficiaire vers l'établissement de santé le plus proche du *domicile* dans un rayon de 50 km maximum.

A l'issue de l'*hospitalisation* et sur prescription du médecin traitant, G.A missionne une ambulance (ou véhicule sanitaire léger) pour permettre au bénéficiaire de retourner à son *domicile*.

Les frais de transport liés au transfert du bénéficiaire vers l'établissement de santé et/ou vers le *domicile* sont pris en charge par G.A en complément des remboursements réalisés par la Sécurité Sociale et les organismes de protection sociale complémentaire (mutuelle, assureur ou institution de prévoyance santé).

2.1.5. ACHEMINEMENT DE MEDICAMENTS

Si du fait de son *immobilisation* au *domicile*, le bénéficiaire ne peut pas se déplacer pour se procurer des médicaments indispensables au traitement prescrit par ordonnance médicale, G.A fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au *domicile* du bénéficiaire ces médicaments, **sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.**

G.A fait l'avance du coût de ces médicaments, que le **bénéficiaire devra rembourser à G.A au moment même de leur livraison.**

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par G.A.

2.2. EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ADHERENT OU SON CONJOINT

2.2.1. TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

G.A transmet à l'entourage du bénéficiaire les messages à caractère urgent. De même, G.A pourra communiquer, sur appel d'un membre de sa famille, un message qui aurait été laissé à l'intention du bénéficiaire.

2.2.2. GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

Si, durant l'*hospitalisation* de l'adhérent (ou de son conjoint), ses *enfants* ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une personne de l'entourage, G.A organise et prend en charge :

- soit leur garde au *domicile*, par une personne qualifiée, pendant **6 jours maximum par événement à concurrence de 8 heures (entre 7h et 19h) de garde effective par jour (hors week-end et jours fériés)**.
- soit leur transfert **aller/retour en avion classe touriste ou en train 1ère classe** chez un proche résidant en *France métropolitaine*.
- soit le **transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1ère classe** d'un proche résidant en *France métropolitaine jusqu'au domicile du bénéficiaire*, afin qu'il garde les enfants.
- soit leur conduite à l'école (crèche, école maternelle et primaire et collège) et leur retour au *domicile à concurrence de 12 allers/retours par événement et dans un rayon de 25 Km du domicile pour l'ensemble des enfants concernés*.

Selon que le domicile du bénéficiaire est situé en France métropolitaine ou dans un DROM, les prestations « transfert d'un proche » ou « transfert chez un proche » ne seront mises en œuvre au départ ou à destination du domicile de ce proche que s'il réside lui même respectivement en France métropolitaine ou dans ce DROM.

2.2.3. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

En cas d'hospitalisation de l'adhérent (ou de son conjoint), GA organise et prend en charge la garde des animaux de compagnie laissés sans surveillance en les transférant :

- Soit, dans un établissement adapté ;
- Soit, chez un proche désigné par le bénéficiaire.

Les frais de garde sont pris en charge avec un maximum de 229 € TTC.

On entend par animal de compagnie : le chat ou le chien appartenant au bénéficiaire, satisfaisant aux conditions de tatouage et de vaccinations imposées par la législation française, **à l'exclusion des chiens relevant de l'une des catégories de chiens dangereux visés par l'article L.211-11 du Code Rural.**

2.3. EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 48 HEURES : AIDE A DOMICILE

Si durant l'hospitalisation de l'adhérent (ou de son *conjoint*), son entourage ne peut apporter l'aide nécessaire, G.A organise et prend en charge **à concurrence de 30 heures de travail effectif par événement** la mise à disposition d'une aide ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas, **sur une période de 15 jours consécutifs maximum par événement**, pendant ou dès la fin de l'*hospitalisation*, à compter respectivement de la date d'admission ou de sortie de l'établissement de santé.

Cette garantie fonctionne de 8 H à 19 H tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés.

Cette prestation s'applique également en cas de séjour en service maternité de plus de 8 jours.

2.4. EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 8 JOURS DE L'ADHERENT OU SON CONJOINT

2.4.1. VOYAGE ET HEBERGEMENT D'UN PROCHE

Si l'adhérent (ou son *conjoint*) est seul lors de son *hospitalisation*, G.A organise et prend en charge :

- le **voyage aller/retour** d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France, **à concurrence d'un billet de train 1ère classe ou d'un billet d'avion classe touriste** pour se rendre au chevet du bénéficiaire,
- le séjour à l'hôtel de ce proche pendant **2 nuits à concurrence de 80 € TTC maximum par événement**.

Selon que le domicile du bénéficiaire est situé en France métropolitaine ou dans un DROM, les prestations « transfert d'un proche » ou « transfert chez un proche » ne seront mises en œuvre au départ ou à destination du domicile de ce proche que s'il réside lui même respectivement en France Métropolitaine ou dans ce DROM.

2.4.2. GARDE DES ASCENDANTS DEPENDANTS

Si, durant l'*hospitalisation* de l'adhérent (ou de son *conjoint*), ses *ascendants dépendants* dont il s'occupe habituellement ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une personne de l'entourage du bénéficiaire, G.A organise et prend en charge :

- soit leur garde par une tierce personne au *domicile* du bénéficiaire **pendant 6 jours maximum à raison de 8 heures de garde effective par jour**.
- soit leur transfert **en avion classe touriste ou en train 1ère classe** chez un proche résidant en France, puis leur retour au domicile.
- soit le **transfert en avion classe touriste ou en train 1ère classe** d'un proche résidant en France jusqu'au domicile du bénéficiaire, puis son retour au domicile.

Selon que le domicile du bénéficiaire est situé en France métropolitaine ou dans un DROM, les prestations « transfert d'un proche » ou « transfert chez un proche » ne seront mises en œuvre au départ ou à destination du domicile de ce proche que s'il réside lui même respectivement en France Métropolitaine ou dans ce DROM.

2.5. EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

2.5.1. ASSISTANCE OBSEQUES

G.A, en cas de nécessité, aide à l'organisation des obsèques d'un bénéficiaire (en accord avec les Organismes de Pompes Funèbres). **Les frais engagés restent à la charge de l'adhérent.**

2.5.2. GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

En cas de décès de l'adhérent (ou de son *conjoint*), G.A organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants au *domicile*, par une personne qualifiée, **dans la limite des disponibilités locales pendant 6 jours maximum à raison de 8 heures de garde effective par jour (entre 7h et 19h) et en dehors des week-ends et jours fériés**.
- soit leur transfert **aller/retour en avion classe touriste ou en train 1ère classe** chez un proche résidant en France.
- soit le **transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1ère classe** d'un proche résidant en France jusqu'au domicile du bénéficiaire.
- soit leur conduite à l'école et leur retour au *domicile à concurrence de 12 allers/retours et dans un rayon de 25 Km du domicile*.

Selon que le domicile du bénéficiaire est situé en France métropolitaine ou dans un DROM, les prestations « transfert d'un proche » ou « transfert chez un proche » ne seront mises en œuvre au départ ou à destination du domicile de ce proche que s'il réside lui-même respectivement en France Métropolitaine ou dans ce DROM.

2.5.3. ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

En cas de décès d'un bénéficiaire et sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h à 19 h, l'équipe médico-sociale de G.A est à l'écoute de tout autre bénéficiaire pour réaliser un bilan de sa situation individuelle et l'informer sur les aides dont il peut bénéficier. Celle-ci peut également l'assister, s'il le souhaite, dans ses démarches auprès des organismes appropriés.

EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION D'UN ENFANT BENEFICIAIRE

2.5.4. GARDE DE L'ENFANT DE MOINS DE 16 ANS IMMOBILISE AU DOMICILE

Si l'état de santé de l'enfant nécessite son immobilisation au domicile plus de 5 jours consécutifs, G.A recherche et missionne une garde d'enfant chargée de s'occuper de cet enfant. G.A prend en charge la présence de la garde d'enfant pendant les 5 premiers jours d'immobilisation et à concurrence de 8 heures par jour pour un même événement.

Cette garantie est mise en œuvre lorsque l'enfant, du fait de son état de santé, ne peut pas demeurer sans surveillance à son domicile et que le ou les parents doivent s'absenter du domicile pour des raisons professionnelles.

2.5.5. GARDE DES AUTRES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

En cas d'hospitalisation de l'un des enfants nécessitant la présence à son chevet de l'adhérent (ou de son conjoint), si les autres enfants ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par l'autre parent pour des raisons professionnelles, G.A organise et prend en charge :

- soit leur transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1ère classe chez un proche résidant en France.
- soit le transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France jusqu'au domicile du bénéficiaire.

Selon que le domicile du bénéficiaire est situé en France métropolitaine ou dans un DROM, les prestations « transfert d'un proche » ou « transfert chez un proche » ne seront mises en œuvre au départ ou à destination du domicile de ce proche que s'il réside lui-même respectivement en France Métropolitaine ou dans ce DROM.

2.5.6. PRESENCE AU CHEVET DE L'ENFANT HOSPITALISE

En cas d'hospitalisation à plus de 30 km du domicile d'un enfant de moins de 16 ans, G.A organise et prend en charge le transfert en avion classe touriste ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France et désigné par l'adhérent pour se rendre au chevet de l'enfant.

GA prend également en charge le séjour à l'hôtel de ce proche à concurrence de 40 € TTC par nuit, pendant 7 nuits maximum (les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge) par événement.

Cette garantie est mise en œuvre lorsque le ou les parents ne peuvent pas, pour des raisons professionnelles, être présents au chevet de l'enfant.

Selon que le domicile du bénéficiaire est situé en France métropolitaine ou dans un DROM, la prestation « transfert d'un proche » ne sera mise en œuvre au départ ou à destination du domicile de ce proche que s'il réside lui

même respectivement en France Métropolitaine ou dans ce DROM.

2.5.7. ECOLE A DOMICILE EN CAS D'IMMOBILISATION ou D'HOSPITALISATION DE L'ENFANT SUPERIEURE A 15 JOURS

La garantie d'assistance est valable à compter du 16ème jour consécutif d'absence scolaire de l'enfant.

Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Education Nationale. Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires.

G.A recherche et envoie au domicile de l'enfant un répétiteur scolaire qui lui permettra, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les principales matières suivantes : français, mathématiques, langues étrangères (première et seconde langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général.

G.A prend en charge les coûts occasionnés à raison de 10 heures par semaine et à concurrence de 2 000 € par événement, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine et de 2 heures de cours minimum dans la journée par matière ou par répétiteur.

Sous réserve des limitations exposées ci-dessus, la prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire et cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours. Elle cesse en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

Tout répétiteur scolaire possède les diplômes nécessaires à son activité et a fait l'objet d'une sélection particulièrement attentive de G.A.

Il est autorisé par les parents à prendre contact, si cela s'avère nécessaire, avec l'établissement scolaire de l'enfant, afin d'examiner avec son instituteur ou ses professeurs habituels l'étendue du programme à étudier.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours seront effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier et les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.

Conditions médicales nécessaires à la mise en œuvre de la garantie

Le bénéficiaire devra justifier sa demande en présentant un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et précisant que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Le certificat médical sera adressé à l'équipe médicale de G.A.

Délai de mise en place

Dès réception du certificat médical, G.A met tout en œuvre afin qu'un répétiteur scolaire soit mis à disposition de l'enfant le plus rapidement possible.

2.6. ASSISTANCE INFORMATION

Toute demande d'information du bénéficiaire est enregistrée et un numéro de dossier lui est communiqué. G.A. s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures dans les domaines mentionnés ci-après.

NB : La responsabilité de G.A. ne pourra être recherchée en cas de mauvaise utilisation ou d'interprétation inexacte des renseignements communiqués.

2.6.1. INFORMATION SANTE

Ce service d'informations générales animé par les médecins de G.A. est destiné à répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

La vie courante

- les numéros de téléphone utiles en France (centres antipoison, vaccination...),
- les maladies infantiles,
- adresses d'associations diverses (diabétiques, paralytiques...),
- les contre-indications climatiques,
- les démarches administratives.

Les préparatifs d'un voyage

- les vaccins obligatoires et conseillés selon le pays de destination,
- les précautions d'hygiène nécessaires,
- la situation endémique locale,
- les équivalences de divers médicaments à l'étranger,
- où se procurer la carte européenne d'assurance maladie ? Validité territoriale de la carte européenne d'assurance maladie.
- la procédure de règlement des frais médicaux à l'étranger.

Informations spécialisées

L'un des médecins de G.A. :

- répond aux questions d'ordre médical ou diététique,
- peut indiquer les adresses des centres de cure spécialisés en France.

Les médecins peuvent répondre à toutes demandes du bénéficiaire. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

Ce service est conçu pour écouter, informer et orienter et, **en aucun cas, il ne peut remplacer le médecin traitant**. Il est accessible du lundi au samedi de 9H à 19H.

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

De plus, en cas d'urgence médicale, le bénéficiaire doit appeler en priorité son **médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15)**.

2.6.2. INFORMATIONS PRATIQUES ET JURIDIQUES

GA , **du lundi au vendredi, de 9heures à 17h30**, recherche et communique au bénéficiaire les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines suivants : habitation, logement, impôt, fiscalité, assurances, allocations, retraites, justice, défense, recours, salaires, contrats de travail, associations, sociétés, commerçants, artisans, droits du consommateur, voisinage, famille, mariage, divorce, succession, affaires sociales.

Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n°7161130 du 31 décembre 1971.

La responsabilité de GA ne pourra être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte par le bénéficiaire du ou des renseignement(s) qui sont lui ont été communiquée(s)

Ces conseils ne peuvent se substituer à une consultation juridique.

GARANTIE ASSISTANCE

Société Anonyme au capital de 1 850 000 €
312 517 493 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances
38, rue La Bruyère - 75009 PARIS - Tél : 01.70.36.06.53 - Télécopie : 01.53.21.24.88