

Notice d'Information

valant conditions générales



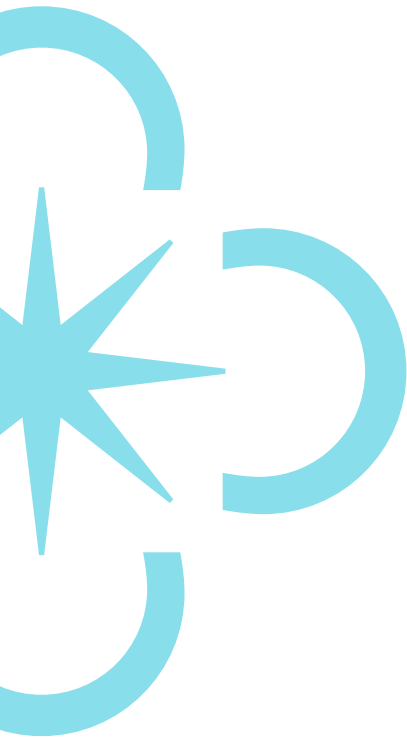
Partage votre engagement

Lumina Santé



Sommaire

PRÉAMBULE	03
LEXIQUE	04
Article I Objet du contrat	08
Article II Modalités de souscription au contrat	08
2.1. Conditions d'adhésion	08
2.2. Durée et renouvellement de la souscription	08
Article III Les garanties	09
3.1. Début des garanties	09
3.1.1 Date d'effet	09
3.1.2 Période d'attente	09
3.2. Changement de niveau de garantie	09
3.3. Descriptif des garanties	09
3.3.1 Hospitalisation	09
3.3.2 Optique médicale	09
3.3.3 Services +	10
3.3.4 Renfort	10
3.4. Exclusions et limitations	10
3.4.1 Exclusions générales	10
3.4.2 Exclusions spécifiques	10
3.4.3 Limitations	10
3.5. Territorialité	10
Article IV Services	11
4.1. Télétransmission et tiers-payant	11
4.1.1 Télétransmission avec les C.P.A.M, la RAM et la MSA	11
4.1.2 Tiers-payant santé	11
4.2. Prise en charge	11
Article V Modalités d'obtention des remboursements	11
Article VI Cotisations	12
6.1. Montant des cotisations	12
6.2. Evolution des cotisations	12
6.3. Modalité de paiement des cotisations	12
6.4. Conséquences du défaut de paiement	12
Article VII Dispositions diverses	13
7.1. BNC & BIC	13
Article VIII Résiliation de l'adhésion	13
Article IX Renonciation	14
Article X Démarchages téléphoniques	15
Article XI Expertises - Justificatifs	15
Article XII Subrogation	15
Article XIII Prescription	15
Article XIV Informatique et libertés	16
Article XV Réclamations	16
Garanties assistance	17





Le contrat **LUMINA SANTE** est un contrat d'assurance soumis aux dispositions du Code des assurances.

Il est constitué :

- des présentes Conditions générales qui précisent nos droits et obligations réciproques,
- des Conditions particulières qui complètent et adaptent ces Conditions générales à vos besoins actuels. Elles indiquent le souscripteur sociétaire et les assurés avec les garanties acquises.

Les Conditions particulières précisent la société d'assurance auprès de laquelle le contrat est souscrit et dénommée l'Assureur.

Le contrat peut être modifié par avenant ; le souscripteur sera informé par l'Assureur avant toute modification apportée à ses droits ou obligations dans le respect de l'Article L. 141-4 du Code des assurances.

Le contrat est rédigé et conclu en langue française.

L'autorité chargée du contrôle de la société d'assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – Secteur Assurance, située 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

❖ Accident

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

❖ Actes médicaux et consultations hors parcours de soins

Sont visés :

- les actes médicaux ou consultations réalisés pour un Assuré de plus de 16 ans n'ayant pas déclaré de médecin traitant à sa caisse d'assurance maladie.
- les actes médicaux ou consultations réalisés et non recommandés par le médecin traitant déclaré par l'Assuré de plus de 16 ans à sa caisse d'assurance maladie.

La majoration de participation et les dépassements d'honoraires autorisés liés au non- respect du parcours de soins sont remboursables en partie selon le tableau des prestations et les garanties souscrites.

❖ Assurés

Personnes sur lesquelles reposent l'assurance, c'est-à-dire le souscripteur (sauf mention contraire stipulée sur les conditions particulières) et les membres de sa famille répondant aux conditions pour être assurés.

❖ Base de Remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

❖ Contrat d'Accès aux Soins (CAS)

Le contrat d'accès aux soins est conclu entre l'Assurance Maladie et des médecins libéraux du secteur 2. Il a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins notamment en incitant les médecins adhérents au contrat à limiter leurs dépassements d'honoraires.

❖ Contrat responsable

La Loi qualifie une complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle encourage le respect du parcours de soins coordonnés (le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie). Dans ce cas, les garanties du contrat prévoient les obligations minimales de remboursement des prestations liées aux consultations du médecin traitant et ses prescriptions et prend en charge au minimum deux prestations de prévention fixées par la réglementation. Elles prévoient également des planchers et des plafonds en optique ainsi que la prise en charge :

- du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins, à l'exception des cures thermales, des médicaments homéopathiques et des médicaments remboursés à 15% et 30%,
- du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé, sans aucune limitation de durée.

En revanche, elles ne remboursent pas :

- le dépassement et majoration liés au non-respect du parcours de soins,
- la participation forfaitaire de 1 € applicable aux consultations et à certains examens médicaux,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0.50 € par boîte de médicament).

Un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée est un contrat proposé par la Sécurité sociale aux médecins leur proposant de limiter leurs dépassements d'honoraires en contrepartie d'un certain nombre d'avantages. Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) sont deux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

❖ Famille

Le chef de famille, son conjoint (ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin) et les enfants fiscalement à charge.

❖ Forfait journalier hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

🔴 Hospitalisation

Désigne un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

🔴 Maladie

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.

🔴 Maladies infectieuses

Fièvre typhoïde ou paratyphoïde, varicelle, rubéole, coqueluche, oreillons, méningite cérébro-spinale, diphtérie, variole, tétanos, rougeole ou dysenterie.

🔴 Participation forfaitaire de 1€

Participation forfaitaire d'un euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

🔴 Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Il est constitué :

- du ticket modérateur,
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

🔴 Séjours spécialisés

Séjours spécialisés de repos, de rééducation (y compris les séjours contribuant à la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie), de convalescence, de gériatrie, de neuropsychiatrie, de psychiatrie, de diététique et séjours similaires, quel que soit l'établissement ainsi que les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire et social.

🔴 Souscripteur

La personne signataire du contrat s'engage pour elle-même ainsi que pour tous les autres assurés du contrat. Le souscripteur est sociétaire conformément aux statuts de la Mutuelle Saint-Christophe assurances.

🔴 Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Tableau des Garanties

Les remboursements complémentaires suivent pour l'ensemble des options de garantie le parcours d'un contrat "Responsable".

	Nature des prestations	L100	L125
Hospitalisation y compris maternité	Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique conventionnée ou hôpital public	Frais réels	Frais réels
	Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique non conventionnée agréée, hôpital public secteur privé	100 %	100 %
	Honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	100 %	125 % ⁽¹⁾
	Honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	100 %	105 % ⁽¹⁾
	Chambre particulière (limitée à 60 jours en séjours spécialisés) ⁽²⁾	30 € par jour	45 € par jour
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
	Confort hospitalier (téléphone, internet, télévision, séjour de l'accompagnant, frais de transport des visiteurs)	50 € ⁽²⁾	75 € ⁽²⁾
	Maternité - Naissance - Adoption (doublement du forfait en cas de naissance gémellaire)	-	Forfait de 100 €
	Transport ambulance	100 %	100 %
	Hospitalisation à domicile	100 %	125 %
Dentaire	Actes, Soins et chirurgie dentaires	100 %	100 %
	Prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire - à partir de la 3^{ème} année un bonus fidélité de - avec une limite annuelle prothèses dentaires remboursées ⁽³⁾ - la 1^{ère} année - la 2^{ème} année - à partir de la 3^{ème} année	100 % - - -	150 % 75 € ⁽²⁾ - -
	Orthodontie	100 %	150 %
	Prestations non remboursées par le régime obligatoire (prothèses, implantologie, orthodontie et parodontologie)	80 € ⁽²⁾	100 € ⁽²⁾
	Les remboursements en optique sont limités à un équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.		
	Equipement à 2 verres simples - pour les 2 premières années d'adhésion - à partir de la 3^{ème} année	50 € ⁽⁴⁾ 50 € ⁽⁴⁾	150 € ⁽⁴⁾ 200 € ⁽⁴⁾
Optique	Equipement à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe - pour les 2 premières années d'adhésion - à partir de la 3^{ème} année	125 € ⁽⁴⁾	150 € ⁽⁴⁾ 200 € ⁽⁴⁾
	Equipement à 2 verres complexes ou très complexes - pour les 2 premières années d'adhésion - à partir de la 3^{ème} année	200 € ⁽⁴⁾	200 € ⁽⁴⁾
	Lentilles prescrites remboursées ⁽⁵⁾ ou non remboursées par le régime obligatoire	50 € ⁽²⁾	100 € ⁽²⁾
	Opération de la myopie, de l'hypermétropie et de la presbytie par laser (chirurgie réfractive)	50 € ⁽²⁾ par oeil	100 € ⁽²⁾ par oeil
Soins courants	Honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des DPTAM	100 %	125 %
	Honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	100 %	105 %
	Radiologie, petite chirurgie et actes techniques médicaux des médecins ayant adhéré à l'un des DPTAM	100 %	125 %
	Radiologie, petite chirurgie et actes techniques médicaux des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	100 %	105 %
	Auxiliaires médicaux – laboratoires	100 %	100 %
	Pharmacie et homéopathie remboursées par le régime obligatoire	100 %	100 %
Appareillage	Orthopédie, Appareillage, Prothèses autres que dentaires	100 %	125 %
	Prothèses liées à un traitement de chimiothérapie (capillaire, mammaire)	-	100 € ⁽²⁾
	Grand appareillage, Prothèse auditive (appareil, réparation, pile)	100 %	125 %
	Complément pour grand appareillage et prothèse auditive à partir de la 5 ^{ème} année (toutes prestations confondues)	-	150 € ⁽²⁾
Prévention et bien-être	Médecines naturelles non remboursées par le régime obligatoire (Ostéopathe, Chiropracteur, Pédi-cure, Podologue, Acupuncteur, Homéopathe)	80 € ⁽²⁾	100 € ⁽²⁾
	Prévention (pharmacie non remboursée, vaccins non remboursés, pilule contraceptive, sevrage tabagique)	80 € ⁽²⁾	100 € ⁽²⁾
Services +	Cure thermique	100 %	100 %
	Soins inopinés à l'étranger (voir CG Article 3.5 territorialité)	100 %	100 %
	Garanties assistance	Incluses	Incluses
	Exonération et/ou remboursement de la cotisation si hospitalisation + de 9 nuits consécutives suite à un accident ⁽⁶⁾	Garantie	Garantie

Etoffe vos garanties avec les options ci-dessous. Les renforts s'ajoutent aux montants de garantie (hors formule L100)

Renfort HOD	Hospitalisation : honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins		+ 50 %* ⁽¹⁾
	Optique : montant complémentaire ⁽⁴⁾		+ 50 €
	Dentaire : prothèses et orthodontie		+ 50 %*

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en euros ou une combinaison des deux (les pourcentages intègrent les remboursements du régime obligatoire; les forfaits exprimés en euros viennent en complément des remboursements du régime obligatoire). Conformément à la réglementation, la participation forfaitaire, les franchises médicales, ainsi que la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins, ne sont pas prises en charge.
Le total des remboursements perçu par l'Assuré ne peut excéder les frais justifiés réellement engagés.
Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon les clauses et conditions du contrat.

* sur la base de remboursement du régime obligatoire

L150	L175	L200	L250
Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
100 %	100 %	100 %	100 %
150 % ⁽¹⁾	175 % ⁽¹⁾	200 % ⁽¹⁾	250 % ⁽¹⁾
130 % ⁽¹⁾	155 % ⁽¹⁾	180 % ⁽¹⁾	200 % ⁽¹⁾
55 € par jour	65 € par jour	75 € par jour	95 € par jour
Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
100 € ⁽²⁾	125 € ⁽²⁾	150 € ⁽²⁾	175 € ⁽²⁾
Forfait de 120 €	Forfait de 150 €	Forfait de 180 €	Forfait de 230 €
100 %	100 %	100 %	100 %
150 %	175 %	200 %	250 %
125 %	150 %	175 %	200 %
175 % 100 € ⁽²⁾	200 % 150 € ⁽²⁾	250 % 200 € ⁽²⁾	300 % 250 € ⁽²⁾
-	800 € ⁽²⁾	800 € ⁽²⁾	1000 € ⁽²⁾
-	1200 € ⁽²⁾	1200 € ⁽²⁾	1500 € ⁽²⁾
-	2100 € ⁽²⁾	2100 € ⁽²⁾	2600 € ⁽²⁾
175 %	200 %	250 %	300 %
120 € ⁽²⁾	150 € ⁽²⁾	200 € ⁽²⁾	250 € ⁽²⁾
Un équipement comprend les verres et la monture ; le remboursement de la monture ne peut excéder 150 € .			
175 € ⁽⁴⁾ 225 € ⁽⁴⁾	200 € ⁽⁴⁾ 250 € ⁽⁴⁾	225 € ⁽⁴⁾ 300 € ⁽⁴⁾	250 € ⁽⁴⁾ 350 € ⁽⁴⁾
175 € ⁽⁴⁾ 250 € ⁽⁴⁾	200 € ⁽⁴⁾ 300 € ⁽⁴⁾	250 € ⁽⁴⁾ 400 € ⁽⁴⁾	275 € ⁽⁴⁾ 450 € ⁽⁴⁾
200 € ⁽⁴⁾ 300 € ⁽⁴⁾	250 € ⁽⁴⁾ 350 € ⁽⁴⁾	300 € ⁽⁴⁾ 450 € ⁽⁴⁾	350 € ⁽⁴⁾ 500 € ⁽⁴⁾
125 € ⁽²⁾	150 € ⁽²⁾	175 € ⁽²⁾	200 € ⁽²⁾
125 € ⁽²⁾ par oeil	150 € ⁽²⁾ par oeil	175 € ⁽²⁾ par oeil	200 € ⁽²⁾ par oeil
150 %	175 %	200 %	250 %
130 %	155 %	180 %	200 %
150 %	175 %	200 %	250 %
130 %	155 %	180 %	200 %
125 %	150 %	175 %	200 %
100 %	100 %	100 %	100 %
150 %	175 %	250 %	300 %
150 € ⁽²⁾	200 € ⁽²⁾	250 € ⁽²⁾	300 € ⁽²⁾
150 %	175 %	250 %	300 %
170 € ⁽²⁾	200 € ⁽²⁾	250 € ⁽²⁾	250 € ⁽²⁾
120 € ⁽²⁾	150 € ⁽²⁾	200 € ⁽²⁾	250 € ⁽²⁾
120 € ⁽²⁾	150 € ⁽²⁾	200 € ⁽²⁾	250 € ⁽²⁾
100 %	100 %	100 %	100 %
125 %	150 %	175 %	175 %
Incluses	Incluses	Incluses	Incluses
Garantie	Garantie	Garantie	Garantie

+ 50 %* ⁽¹⁾	+ 50 %* ⁽¹⁾	+ 50 %* ⁽¹⁾	+ 50 %* ⁽¹⁾
+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €
+ 50 %*	+ 50 %*	+ 50 %*	+ 50 %*

(1) Le premier mois d'assurance, le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident. En cas de reprise à la concurrence c'est le taux de l'ancien contrat qui est appliqué dans les limites prévues au tableau des prestations.
(2) Par année civile et par assuré.
(3) Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite.
(4) Par équipement.
(5) Le ticket modérateur des lentilles remboursées par le régime obligatoire est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.
(6) Réservé aux assurés non bénéficiaires de la « loi Madelin ».

Renforcez vos niveaux de garanties

Renfort HOD possible de la formule L125 à L250



Hospitalisation :
honoraires médicaux et chirurgicaux

+ 50%*⁽¹⁾
(taux de remboursement global plafonné à 200% pour les médecins n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM)



Optique :
montant complémentaire
+ 50 €⁽⁴⁾



Dentaire :
prothèses et orthodontie remboursées par le régime obligatoire
+ 50%*

Définitions

◀ **Verres simples :** verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

◀ **Verres complexes :** verres à simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

◀ **Verres très complexes :** verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries (pour les adultes uniquement).



Article I

Objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir, pour le souscripteur et sa famille assurée, le remboursement :

- de frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maladie, un accident ou liés à la maternité, en complément des prestations versées par leur régime obligatoire ;
- des dépenses de soins non prises en charge par le régime obligatoire mais relevant des garanties prévues au contrat.



Article II

Modalités d'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat est composée des conditions particulières et de la présente notice d'information valant conditions générales.

2-1 Conditions de souscription

Peut souscrire au contrat, toute personne ayant :

- le statut de sociétaire conformément aux statuts de la Mutuelle Saint-Christophe,
- moins de 66 ans lors de l'adhésion (par différence de millésime).

Ne sont pas admissibles les personnes ayant déjà une complémentaire santé

2-2 Durée et renouvellement de la souscription

La souscription est effective à la date d'effet indiquée sur les conditions particulières et se renouvelle par tacite reconduction, à l'échéance principale, c'est-à-dire au 1^{er} janvier de chaque année.



Les garanties

3-1 Début des garanties

3.1.1 - Date d'effet

Les garanties prennent effet pour chaque Assuré, sous réserve de la période d'attente prévue à l'Article 3.1.2, à compter de la date indiquée sur les conditions particulières et sous réserve du paiement de la cotisation ; **cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande de souscription auprès de l'Assureur.**

3.1.2 - Période d'attente

Il est prévu une période d'attente de 10 mois, quel que soit le niveau de garantie, pour l'intégralité du forfait naissance-adoption. Durant cette période, le forfait est donné à raison de 10 % par mois de présence, avec un maximum de 100 % du forfait.

Cette période se calcule à partir de la date d'effet retenue pour la souscription.

3-2 Changement de niveau de garantie

Les prestations varient selon les niveaux de garanties proposés, le détail figurant au tableau des prestations. Toute diminution ou augmentation d'un niveau de garantie est soumis à l'acceptation de l'Assureur. Ces demandes peuvent être acceptées au début de chaque trimestre civil, un an au moins après la souscription du contrat ; par la suite, aucune diminution ou augmentation d'un niveau de garantie ne pourra être acceptée avant 12 mois.

3-3 Descriptif des garanties

Les remboursements des frais de soins sont toujours effectués en complément des remboursements des régimes obligatoires, dans la limite des frais réellement engagés et dans les limites et montants prévus au tableau des prestations. Ce dernier, qui fait partie intégrante de la présente notice d'information, détaille le montant des remboursements selon le niveau de garantie souscrit ; certains remboursements sont également régis par les dispositions suivantes :

3.3.1 - Hospitalisation

Chambre particulière

Pour bénéficier de cette garantie, l'Assuré doit choisir un établissement conventionné ou agréé. Pour les séjours spécialisés, le remboursement est limité à 60 jours par année civile et par Assuré. Le remboursement est exclu dans les cas de cure thermique et pour les séjours en maisons d'enfants caractère sanitaire et social.

Forfait journalier hospitalier

Remboursement pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale.

Confort Hospitalier

Remboursement pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale.

Naissance - Adoption (si prévues dans le niveau de garantie souscrit)

Le versement de l'indemnité forfaitaire (doublement en cas de naissance gémellaire) est subordonné à l'inscription de chacun des enfants dans les 3 mois qui suivent la naissance (ou adoption) et sur présentation de l'acte de naissance (ou adoption) ou de la copie du livret de famille.

Hospitalisation à domicile

Remboursement pour les soins nécessaires à l'Assuré concerné dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

3.3.2 - Optique médicale

La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les deux ans, le point de départ pour le renouvellement étant la date du premier équipement. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. Dans ce dernier cas, le remboursement sera effectué sur présentation de l'ancienne et de la nouvelle prescription médicale attestant du changement de correction.

3.3.3 - Services +

Exonération (ou remboursement) de la cotisation (réservée aux Assurés non bénéficiaires de la « Loi Madelin ») :

L'exonération ou le remboursement de la cotisation familiale de l'année civile en cours a lieu en cas d'hospitalisation de l'Assuré ou de son conjoint inscrit, pour une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives (c'est la date d'entrée de l'hospitalisation qui est retenue pour l'année civile). Cette hospitalisation doit être la conséquence directe d'un accident et débuter dans un délai de 90 jours à dater dudit événement.

3.3.4 - Renfort

Option "Renfort HOD" (si option prévue avec le niveau de garantie souscrit) :

L'adhésion à cette option peut se faire lors de la souscription ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article 3.2) pour les niveaux de garanties « L125 à L250 ». Cette option Renfort permet d'améliorer le remboursement prévu dans le niveau de garantie souscrit pour les honoraires médicaux et chirurgicaux en hospitalisation des médecins ayant adhéré au CAS, en optique et en dentaire pour les prothèses et l'orthodontie ; les remboursements prévus par cette option sont octroyés uniquement en cas de remboursement partiel du régime obligatoire (sauf lentilles et opération de la myopie).

Un Assuré peut prétendre bénéficier de ce renfort seulement si la mention R (renfort) figure sur les conditions particulières.

3-4 Exclusions et limitations

3.4.1 - Exclusions générales

Sont exclus de tout remboursement :

- les actes non reconnus par les régimes obligatoires, les actes non prévus au tableau des prestations, la chirurgie et les soins esthétiques non remboursés par les régimes obligatoires,
- les frais d'hospitalisation en long séjour, c'est-à-dire les soins comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien,
- les faits de guerre civile ou étrangère, émeutes et mouvements populaires, ainsi que les effets directs ou indirects provenant de la radioactivité ou de la transmutation du noyau d'atome, conformément au Code des assurances,
- la participation forfaitaire,
- les franchises médicales.

3.4.2 - Exclusions spécifiques

Sont par ailleurs exclus :

- en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés et/ou refus par l'Assuré d'autoriser l'accès à son dossier médical personnel (DMP) au professionnel de santé, les montants non remboursables visés aux Articles 20 et 57 de la Loi du 13 Août 2004 et de ses décrets, soit :
 - la majoration de participation,
 - les dépassements d'honoraires autorisés.
- la garantie « exonération de la cotisation » pour les Assurés bénéficiaires de la « Loi Madelin ».

3.4.3 - Limitations

Notre prise en charge de la chirurgie esthétique remboursée par les régimes obligatoires est limitée au ticket modérateur sauf si elle est consécutive à un accident ou aux conséquences d'une pathologie documentée. Dans ces cas, les taux du tableau s'appliquent. Cette limitation s'applique en hospitalisation ou en cabinet.

3.5 - Territorialité

Les garanties s'exercent en FRANCE et dans les autres pays lorsque le régime obligatoire français prend en charge les frais médicaux. Le règlement des prestations est effectué en FRANCE et dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE. Si cela est nécessaire, l'ensemble des documents justificatifs devront être traduits et les montants convertis dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE.



Article IV

Services

4-1 Télétransmission et tiers-payant

Condition à respecter pour les deux services ci-dessous : adresser à l'Assureur la copie de l'attestation Vitale de chacun des membres de la famille.

4.1.1 - Télétransmission avec les C.P.A.M, la RAM et la MSA

Les décomptes de remboursement des Assurés bénéficiaires de ces régimes obligatoires peuvent être transmis, sous forme d'images informatiques, à l'Assureur directement par les caisses d'assurance maladie, évitant ainsi l'envoi des décomptes par l'Assuré à l'Assureur. Dans ce cas, la mention du type « ...transmis par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire... » doit figurer sur votre décompte.

L'Assuré peut, à tout moment, sur demande écrite à l'Assureur, mettre fin à ces transmissions.

4.1.2 - Tiers-payant santé

Il permet à l'Assuré de ne pas faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Il fonctionne sur simple présentation de l'Attestation de Tiers Payant Santé (ATPS) et il permet de bénéficier, dans le cadre d'un contrat responsable, d'une prise en charge immédiate équivalente, au minimum, au ticket modérateur. Pour en bénéficier, les dépenses de santé doivent être concernées par le tiers payant, le professionnel de santé doit accepter également le tiers payant avec le régime obligatoire et la garantie doit au moins prévoir le ticket modérateur (hors pharmacie si mention particulière sur l'ATPS)..

4-2 Prise en charge

L'Assuré peut bénéficier d'une prise en charge directe par l'Assureur, sur sa demande ou sur celle du professionnel concerné dans les limites prévues au tableau des prestations, pour l'ensemble des postes suivants :

- Hospitalisation : frais de séjour dans la limite de 100 % de la base de remboursement, Forfait Journalier Hospitalier et chambre particulière (la prise en charge Hospitalisation ne peut être effectuée que pour les séjours médicaux ou chirurgicaux en hôpital public ou clinique conventionnée).
- Dentaire : prothèses, implants et orthodontie.
- Optique : verres, montures et lentilles acceptées ou refusées par le régime obligatoire, ainsi que l'opération au laser.
- Hors hospitalisation : frais d'orthopédie, appareillage et prothèse autre que dentaire.



Article V

Modalités d'obtention des remboursements

Si l'Assuré bénéficie de la télétransmission (Voir Article 4.1.1), ses remboursements s'effectueront automatiquement à l'exception des séjours hospitaliers. À défaut de télétransmission, ainsi que dans le cas d'une hospitalisation, il devra adresser à MSC gestion Santé :

• Service Prestations - 950 Route des Colles – Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX :

● dans les 3 mois qui suivent l'indemnisation par le régime obligatoire :

- les décomptes délivrés par le régime obligatoire,
- les notes d'honoraires, factures acquittées et détaillées.

● dans les 3 mois qui suivent l'événement :

- les justificatifs acquittés des dépenses concernant la rubrique Confort Hospitalier ;
- en cas de prothèse liée à un traitement de chimiothérapie : un certificat médical justifiant du traitement, ainsi que la facture acquittée et détaillée mentionnant la codification de la prothèse si prise en charge par le régime obligatoire.
- pour le versement de l'indemnité NAISSANCE - ADOPTION : un acte de naissance (ou d'adoption) ou une copie du livret de famille.

- pour obtenir l'EXONÉRATION (OU REMBOURSEMENT) DE LA COTISATION suite à un accident ayant entraîné une hospitalisation d'une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives :
 - une demande d'exonération sur papier libre,
 - le bulletin de situation de l'établissement hospitalier avec date d'entrée et de sortie,
 - un certificat médical de constatation d'accident précisant : la date de l'accident ayant entraîné l'hospitalisation, l'historique et la cause initiale de cet accident, ainsi que la mention « causé par un tiers » si tel est le cas.

L'ensemble de ces pièces devra être adressé au centre de gestion MSC gestion Santé - Service Prestations - 950 Route des Colles – Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX



Article VI

Cotisations

6-1 Montant des cotisations

Le montant de la cotisation est mentionné sur les conditions particulières. Il est déterminé en fonction :

- du niveau de garantie choisi,
- du renfort (s'il a été choisi),
- de l'âge des Assurés à la prise d'effet de l'adhésion,
- du lieu du domicile du souscripteur,
- de la composition familiale.

6-2 Évolution des cotisations

Les cotisations évoluent :

- au 1^{er} janvier de chaque année :
 - en fonction de l'âge des assurés, calculé par différence entre l'année civile en cours et l'année de naissance. Toutefois, jusqu'à l'âge de 20 ans, la cotisation n'évolue pas.
 - suite à un accroissement des indices d'augmentation de la consommation médicale publiés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés pour tenir compte de l'évolution des charges et dépenses de santé,
 - suite à une évolution des résultats techniques constatée sur une catégorie de garantie ou sur un groupe d'assurés. Cette évolution peut notamment résulter d'une progression des remboursements supérieure, sur la même période, aux indices cités ci-dessus.

6-3 Modalité de paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance à MSC gestion Santé - Service Prestations - 950 Route des Colles – Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX avec une faculté de règlement fractionné : mensuel (dans ce cas, le prélèvement automatique est obligatoire), trimestriel ou semestriel.

6-4 Conséquences du défaut de paiement

En cas de paiement tardif et/ou partiel des cotisations, les versements sont imputés à l'échéance impayée la plus ancienne. Les impôts et taxes restent à la charge du souscripteur. Si la cotisation ou une partie de celle-ci n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur peut (indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice) :

- adresser au dernier domicile connu du souscripteur une lettre recommandée valant mise en demeure,
- suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre,
- résilier l'adhésion 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours (Article L. 113-3 du Code des assurances).

La suspension ou la résiliation de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas le souscripteur de l'obligation de payer l'intégralité de la cotisation prévue au contrat pour toute la période de garantie en cours. En particulier, en cas de non-paiement d'une fraction de la cotisation annuelle, c'est la totalité de cette dernière qui est due à l'Assureur. Les frais de procédure et de recouvrement sont à la charge du souscripteur.



Article VII

Dispositions diverses

7-1 BNC & BIC

Les cotisations versées au titre des garanties citées dans la présente notice d'information par les Travailleurs Non Salariés non Agricoles, bénéficient des dispositions fiscales de la Loi N° 94-0126 du 11/02/94 et de son décret d'application N° 94-775 du 5/09/94 (Loi Madelin), à condition que :

- le contrat soit "Responsable",
- les revenus soient déclarés au titre des BNC ou BIC,
- les limites de déductibilité fiscale soient respectées (Article 154bis du Code Général des Impôts).



Article VIII

Résiliation de l'adhésion

Le souscripteur peut résilier sa souscription au contrat, par lettre recommandée, avec un préavis de deux mois précédant la fin de la première année d'assurance et pour les années suivantes avec un préavis de deux mois précédant l'échéance principale (1^{er} janvier).

Le souscripteur peut également résilier son adhésion dans les cas suivants :

- En cas de désaccord quant aux modifications des dispositions contractuelles ou de la portée des engagements de l'Association, l'Assuré a le droit de mettre fin à son adhésion en envoyant à l'Association une lettre recommandée dans les 15 jours suivant la date à laquelle il a pris connaissance des modifications. La résiliation prend effet 30 jours après l'expédition de la lettre recommandée.
- lors d'un changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou cessation professionnelle, si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La résiliation doit être demandée à l'Assureur, par lettre recommandée avec avis de réception dans les 3 mois suivant l'événement et prend effet un mois après sa notification à l'assureur.
- En cas de décès du souscripteur, l'adhésion sera résiliée de plein droit : s'il y a d'autres Assurés, le contrat est maintenu jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle il sera adapté.



Article IX

Renonciation

En cas d'adhésion par voie de démarchage : les dispositions suivantes issues de l'Article L. 112-9-1 du Code des assurances s'appliquent : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

L'assuré peut donc renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat (soit à compter du jour où il reçoit son certificat d'adhésion) : à condition de ne pas avoir eu connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation ».

En cas de souscription à distance : selon l'Article L. 112-2-1 du Code des assurances, **le souscripteur peut renoncer à sa souscription dans un délai de 14 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où il reçoit ses conditions particulières, soit à compter du jour où il reçoit la notice d'information et les informations conformément à l'Article L. 121-20-11 du Code de la consommation si cette date est postérieure à la date de réception des conditions particulières.**

Le souscripteur qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

Ce droit de renonciation ne s'applique pas, notamment aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Dans tous les cas, l'exercice de ce droit à renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion, mettant fin à l'ensemble des garanties, à compter de la date de réception de la lettre de renonciation.

Cette faculté de renonciation peut être exercée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au plus tard dans le délai de 14 jours indiqué ci-dessus et adressée à : MSC gestion Santé - Service Prestations - 950 Route des Colles – Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX :

Elle peut être rédigée selon le modèle de lettre inclus ci-dessous :

«Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à ma souscription Lumina Santé n° _____ conclue auprès de _____ en date du _____ et pour laquelle j'ai versé _____ €.

Cette renonciation entraîne le remboursement des sommes versées, sous réserve des prestations éventuellement réglées au cours de la période, dans les 30 jours à compter de la réception de la présente lettre recommandée.

Fait à _____, le _____ Signature du souscripteur ».

Démarchages téléphoniques

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Pour plus d'informations, consultez le site www.bloctel.gouv.fr.

Expertises - justificatifs

L'Assureur pourra éventuellement faire effectuer à sa demande et à l'attention de son Médecin Conseil toutes les vérifications ou expertises qu'il jugera nécessaires ainsi que se faire communiquer les documents, pièces, comptes rendus, médicaux ou non, nécessaires au traitement du dossier.

Subrogation

En cas d'accident causé par un tiers, la déclaration doit en être faite à l'Assureur. Après remboursement des frais de santé dans les conditions prévues au tableau des prestations, l'Assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées à l'Assuré, conformément à l'Article L. 121-12 du Code des assurances.

Prescription

Conformément à l'Article L. 114-1 du Code des assurances, « toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance,

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

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

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

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

Conformément à l'Article L. 114-2 du Code des assurances, « 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 ». Conformément à l'Article L. 114-3 du Code des assurances, « 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 ».

Informatique et libertés

Les informations vous concernant font l'objet d'un traitement informatique soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

L'Assureur est responsable du traitement des informations, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance.

Ces informations pourront être communiquées d'une part aux assureurs et leurs collaborateurs, situés tant en France qu'au Maroc ou en Inde (en vertu d'une autorisation de la CNIL), et d'autre part aux intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants missionnés, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment en vous adressant à : MSC gestion Santé - Service Prestations - 950 Route des Colles – Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX.

Réclamations

Pour toute difficulté, nous vous invitons à contacter en priorité votre interlocuteur habituel à l'adresse suivante : MSC gestion Santé - 950 Route des Colles – Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX.

Il est à votre disposition pour répondre à vos demandes d'informations et traiter vos éventuelles réclamations dans un délai maximum de deux (2) mois.

Si après l'avoir contacté, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Satisfaction par email (service.satisfaction@gieps.fr) ou par courrier (950 Route des Colles – Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX).

En dernier ressort, écrivez à Le Service Relation Clientèle - Mutuelle Saint-Christophe Assurances - Service Relation Clientèle - 277 Rue Saint-Jacques - 75256 Paris Cedex 5. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Un accusé réception vous sera adressé dans un délai de 8 jours et une réponse motivée vous sera alors adressée dans un délai de 40 jours conformément à la dernière recommandation ACPR (sauf circonstances particulières dont nous vous tiendrons informé).

Enfin, dans l'hypothèse où aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur de l'Assurance, en écrivant à l'adresse suivante- La Médiation de l'Assurance TSA 50110- 75441 Paris Cedex 09 ou sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org>.

Ce recours est gratuit.

Le Médiateur formulera un avis dans les trois (3) mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.



Garanties assistance

ARTICLE 1 – OBJET

La présente notice d'information reprend les conditions générales de la convention d'assistance portant le numéro **7204151** souscrite par la MUTUELLE SAINT-CHRISTOPHE ASSURANCES pour ses Assurés auprès d'AXA Assistance France - société anonyme de droit français au capital de 23 840 020 euros, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 311 338 339 siège social : 6 rue André Gide-92320 Châtillon - **Agissant sous la dénomination MSC Assistance** - Entreprise régie par le Code des assurances.

Elle a pour objet de garantir, pour les assurés figurant sur les conditions particulières, des services d'assistance.

ARTICLE 2 – DÉFINITION

2.01 - Souscripteur :

MUTUELLE SAINT-CHRISTOPHE ASSURANCES - 277 RUE ST JACQUES - 75256 PARIS CEDEX 05.

2.02 - Mutuelle Saint-Christophe Assistance :

Dénomination sous laquelle agit AXA Assistance France - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon

2.03 - Bénéficiaires :

Les assurés désignés au contrat **LUMINA SANTE** délivré par Mutuelle Saint-Christophe assurances :

- Le sociétaire ayant souscrit au contrat **LUMINA SANTE** délivré par Mutuelle Saint-Christophe assurances et les membres de sa famille.

- Famille :

- Le chef de famille, son conjoint (ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin). Leurs enfants fiscalement à charge, leurs ascendants vivant au domicile.

2.04 - Territorialité :

Les garanties s'exercent en France, à Andorre, à Monaco, dans les Départements d'Outre Mer et les Territoires d'Outre Mer.

2.05 - France : France.

2.06 - Domicile :

Lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire figurant comme domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu ou tout autre document officiel. Il est nécessairement situé en France.

2.07 - Maladie :

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

2.08 - Accident :

Altération brutale de la santé du bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime.

2.09 - Atteinte corporelle grave :

Accident corporel ou maladie à caractère imprévisible dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

2.10 - Hospitalisation :

Séjour prévu ou imprévu dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave.

2.11 - Immobilisation au domicile :

Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave et sur prescription médicale.

2.12 - Autorité médicale :

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

2.13 - Équipe médicale :

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par notre médecin régulateur.

2.14 - Proche :

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le bénéficiaire.

2.15 - Animaux domestiques

Animaux familiers (chiens et chats uniquement) vivant habituellement au domicile du bénéficiaire et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur.

2.16 - Franchise :

Part des dommages à la charge du bénéficiaire.

2.17 - Fait générateur :

Maladie, accident.

ARTICLE 3 – DÉFINITION DES GARANTIES D'ASSISTANCE

3.01 - Garde des enfants :

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire supérieure à 72 heures et si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires de moins de 15 ans, dès le premier jour de l'incident, Mutuelle Saint-Christophe Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire,
- soit l'acheminement des enfants au domicile d'un proche,
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 40 heures maximum dans les 5 jours suivant la date de l'événement avec un minimum de 2 heures consécutives.

Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

Mutuelle Saint-Christophe Assistance prend en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{ère} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche parent par le personnel qualifié.

Mutuelle Saint-Christophe Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés. **Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.**

Au-delà d'une intervention par an, Mutuelle Saint-Christophe Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

3.02 - Garde des enfants malades :

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant bénéficiaire de moins de 15 ans, nécessite une immobilisation médicalement prescrite supérieure à 8 jours consécutifs, et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, dès le premier jour de l'incident, Mutuelle Saint-Christophe Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire en mettant à disposition un titre de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{ère} classe,
- soit sa garde par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 40 heures maximum dans les 10 jours suivant la date de l'événement avec un minimum de 2 heures consécutives.

Mutuelle Saint-Christophe Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés. **Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.**

Au-delà d'une intervention par an, Mutuelle Saint-Christophe Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

3.03 - Soutien pédagogique :

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence

scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, Mutuelle Saint-Christophe Assistance recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en FRANCE dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant de la 11^{ème} à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : Français, Mathématiques, Histoire, Géographie, Physique, Biologie, Langues Vivantes.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 5 heures maximum par semaine pour l'enseignement primaire et de 10 heures maximum par semaine pour l'enseignement secondaire. Ces cours sont dispensés au 16^{ème} jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant pendant 2 mois maximum, hors jours fériés et vacances scolaires. **Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.**

Au delà d'une intervention par an, Mutuelle Saint-Christophe Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

3.04 - Aide ménagère :

À la demande du bénéficiaire, Mutuelle Saint-Christophe Assistance recherche et prend en charge les services d'une aide ménagère à domicile soit pendant sa durée d'hospitalisation ou d'immobilisation supérieure à 72 heures, soit dès son retour à son domicile. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes. Mutuelle Saint-Christophe Assistance prend en charge 30 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de l'événement avec un minimum de 2 heures consécutives. Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'incident. Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après bilan médical. **Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.** Au-delà d'une intervention par an, Mutuelle Saint-Christophe Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

3.05 - Garde et transfert des animaux domestiques

(chien et chat uniquement) : En cas d'hospitalisation supérieure à 72 heures et si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, Mutuelle Saint-Christophe Assistance organise et prend en charge dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire :

- soit le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 230 € par événement et pour l'ensemble des animaux.
- soit le transfert des animaux (maximum 2) au domicile d'un proche.

ARTICLE 4 – EXCLUSIONS

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention de Mutuelle Saint-Christophe Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier,
- les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible,
- les interruptions volontaires de grossesse ;

- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
 - les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,
 - les frais médicaux,
 - les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation,
 - les conséquences résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement,
 - les dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire,
 - la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye,
 - les conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,
 - les conséquences de la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports de défense, de combat,
 - les conséquences de la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
 - les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs,
 - les conséquences d'explosions d'engins et d'effets nucléaires radioactifs,
 - les conséquences de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique,
 - les conséquences d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.
- Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport en avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire,
 - les frais non justifiés par des documents originaux,
 - les frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel,
 - toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental

ARTICLE 5 – CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

5.01 - Limitation de responsabilité :

Mutuelle Saint-Christophe Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance. Mutuelle Saint-Christophe Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

5.02 - Circonstances exceptionnelles :

L'engagement de Mutuelle Saint-Christophe Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultat. Mutuelle Saint-Christophe Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale,

toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

ARTICLE 6 – CONDITIONS GÉNÉRALES D'APPLICATION

6.01 - Validité des garanties :

Les garanties prennent effet à la date de déclaration du souscripteur et pendant toute la durée de l'adhésion du bénéficiaire pour autant que les garanties de la présente convention soient acquises au souscripteur.

6.02 - Mise en jeu des garanties :

Seules les prestations organisées par ou en accord avec Mutuelle Saint-Christophe Assistance sont prises en charge. Mutuelle Saint-Christophe Assistance intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux. En cas d'événement **nécessitant l'intervention de Mutuelle Saint-Christophe Assistance, la demande doit être adressée directement :**

- par téléphone au 01 49 65 25 06
- par télécopie au 01 55 92 40 50
- par télégramme à :
« Mutuelle Saint-Christophe Assistance France »
Le Carat - 6 rue André Gide - 92320 CHÂTILLON

6.03 - Procédure de déclaration de sinistre :

Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, le bénéficiaire doit avertir Mutuelle Saint-Christophe Assistance et faire sa déclaration de sinistre accompagnée de toutes les pièces justificatives.

Cet envoi doit être adressé à : **Mutuelle Saint-Christophe Assistance, Service Gestion des Sinistres - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon.**

Toute déclaration non conforme aux dispositions prévues dans les garanties d'assistance entraîne la déchéance à tout droit de remboursement. Le remboursement s'effectue sur présentation de factures originales établies par des organismes agréés et reconnus localement. Le remboursement se fait exclusivement au bénéficiaire, ou à ses ayants droit, après réception par Mutuelle Saint-Christophe Assistance de son dossier complet. Mutuelle Saint-Christophe Assistance se réserve le droit de soumettre, à ses frais, le bénéficiaire à un contrôle médical sous pli confidentiel transmis par lettre recommandée avec avis de réception.

6.04 - Accord préalable :

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de tout ou partie des garanties prévues à la présente convention sans l'accord préalable de Mutuelle Saint-Christophe Assistance, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

6.05 - Déchéance des garanties :

Le non respect par le bénéficiaire de ses obligations envers Mutuelle Saint-Christophe Assistance en cours de contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus à la présente convention.

ARTICLE 7 – CADRE JURIDIQUE

7.01 - Loi informatique et libertés :

Dans le cadre du contrôle de la qualité des services rendus, les conversations téléphoniques entre les bénéficiaires

et les services de Mutuelle Saint-Christophe Assistance pourront être enregistrées.

Conformément aux Articles 32 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le bénéficiaire est informé que les données nominatives qui seront recueillies lors de son appel sont indispensables à la mise en oeuvre des prestations d'assistance définies dans les présentes conditions générales.

Un défaut de réponse entraînera la déchéance des garanties prévues par la convention.

Ces informations sont destinées à l'usage interne de Mutuelle Saint-Christophe Assistance, ainsi qu'aux personnes amenées à intervenir et chargées de la passation, la gestion et l'exécution du contrat, dans la limite de leurs attributions respectives. Le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données le concernant, en s'adressant au Service Juridique de Mutuelle Saint-Christophe Assistance - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon.

7.02 - Subrogation :

Mutuelle Saint-Christophe Assistance est subrogée dans les droits et actions de toute personne physique ou morale, bénéficiaire de tout ou partie des garanties figurant à la présente convention, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par elle en exécution de la présente convention.

7.03 - Prescription :

Conformément aux dispositions prévues par l'Article L 114-1 du Code des assurances, « toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1. en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 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 30 ans à compter du décès de l'assuré ». Conformément à l'Article L 114-2 du Code des assurances, « 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 ». Conformément à l'Article L 114-3 du Code des assurances, « 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 ».

7.04 – Réclamations et médiation :

En cas de désaccord concernant la gestion du contrat, les Assurés s'adressent en priorité à leur interlocuteur privilégié afin de trouver des solutions adaptées aux difficultés rencontrées.

Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, les Assurés peuvent adresser leur réclamation par courrier à l'adresse suivante : AXA Assistance - Service Gestion Relation Clientèle 6, rue André Gide - 92320 Châtillon

Ou sur le site internet à partir de la rubrique « contact » : www.axa-assistance.fr/contact Axa Assistance s'engage à accuser réception sous dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai.

Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire. Après épuisement des voies de recours internes ci-dessus énoncées et si un désaccord subsiste, les Assurés peuvent faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet : www.mediation-assurance.org

Ce recours est gratuit.

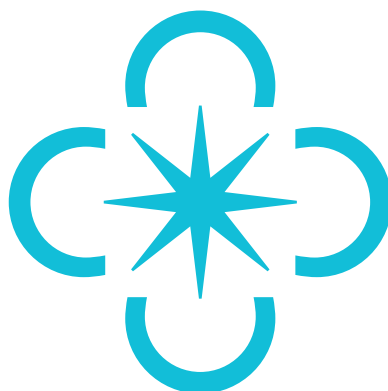
L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de quatre vingt dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

La Charte de « la Médiation de l'Assurance » est également consultable sur le lien suivant : www.mediation-assurance.org/medias/mediation-assurance/Charte_V2.pdf

7.05 – Règlement des litiges :

Tout litige se rapportant à la présente convention et qui n'aura pu faire l'objet d'un accord amiable entre les parties sera porté devant la juridiction compétente.



Mutuelle Saint-Christophe assurances
277, rue Saint-Jacques - 75256 Paris cedex 05
Tél. : 01 56 24 76 00 - Fax : 01 56 24 76 27 www.saint-christophe-assurances.fr

Société d'assurances mutuelle à cotisations variables régie par le Code des Assurances
N° SIREN : 775 662 497 Opérations d'assurances exonérées de TVA - Art. 261-C du CGI