



SIREN n° 431 791 672

Soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité

Siège Social : 32 Rue blanche – 75009 PARIS

REGLEMENT MUTUALISTE AU 1^{er} AVRIL 2018

SÉCU LMDE 601 PREVENTION SERVICES

La Mutuelle Des Etudiants – LMDE : mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Mutuelle immatriculée sous le numéro SIREN 431 791 672.

Siège social : 32 rue Blanche 75009 Paris

Lmde.fr

PREAMBULE :	3
TITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES	3
ARTICLE 1 : LOI APPLICABLE ET AUTORITE DE CONTROLE COMPETENTE	3
ARTICLE 2 : TERRITORIALITE.....	3
ARTICLE 3 : INFORMATIQUE ET LIBERTES	3
ARTICLE 4 : RENONCIATION	3
ARTICLE 5 : RESILIATION	4
ARTICLE 6 : RECLAMATIONS ET MEDIATION	4
ARTICLE 7 : PRESCRIPTION	4
ARTICLE 8 : RETICENCE ET FAUSSES DECLARATIONS	4
ARTICLE 9 : SUBROGATION	5
TITRE 2 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE DES ETUDIANTS ET DE SES MEMBRES PARTICIPANTS	5
CHAPITRE 1 : OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ENVERS LA MUTUELLE	5
ARTICLE 10 : PAIEMENT DE LA COTISATION	5
ARTICLE 11 : DEFAT DE PAIEMENT OPERATIONS INDIVIDUELLES	5
ARTICLE 12 : PLURALITE D'ASSUREURS ET PRINCIPE INDEMNITAIRE	6
ARTICLE 13 : DOCUMENTS A TRANSMETTRE POUR PERCEVOIR LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS MUTUALISTES	6
CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES MEMBRES PARTICIPANTS	6
ARTICLE 14 : PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE A SES BENEFICIAIRES.....	6
ARTICLE 15 : REGLES D'OUVERTURE DES DROITS ET DATES RETENUES POUR L'EXAMEN DE DROITS AUX PRESTATIONS MALADIE ET MATERNITE	11
CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINES GARANTIES OU PRESTATIONS	13
ARTICLE 16 : PRESTATIONS ACCIDENT	13
ARTICLE 17 : INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALIERES	14
ARTICLE 18 : GARANTIES « PACK LMDE EUROPE » ET « PACK LMDE MONDE ».....	15
ARTICLE 19 : « LMDE INTERNATIONAL »	16
ARTICLE 20 : GARANTIES « ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL » ALSACE-MOSELLE ET « ZEN LMDE REGIME LOCAL » ALSACE-MOSELLE	16
ARTICLE 21 : GARANTIE « COMPLEMENT CMU – C LMDE »	17
ARTICLE 22 : GARANTIE « COUVERTURE ETUDIANT ETRANGER »	17
ARTICLE 23 : GARANTIES « ETUD'EXPAT LMDE/CFE EUROPE » ET « ETUD'EXPAT LMDE/CFE MONDE »	19
ARTICLE 24 : GARANTIE "FOREIGN STUDENT HEALTHCARE"	19
ARTICLE 25 : INFORMATIONS RELATIVES AUX PRESTATIONS INCLUSES DANS CERTAINES GARANTIES DE LMDE ET ASSUREES PAR UN AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE	22
TITRE 3 : ACTIONS SOLIDAIRES ET SOCIALES	23
ARTICLE 26 : ALLOCATION MUTUALISTE DE SOLIDARITE	23
ARTICLE 27 : FONDS DE SECOURS ETUDES « MUTEXAM »	24
ARTICLE 28 : FONDS D'AIDE A LA COMPENSATION DU HANDICAP	25
TITRE 4 : ANNEXES	27
ANNEXE 1 : « ASSURANCE DE L'ETUDIANT »	27
ANNEXE 2 : « PLUS ETUDIANT »	28
ANNEXE 3 : « PLUS LMDE »	30
ANNEXE 4 : « HOSPI LMDE »	32
ANNEXE 5 : « MINI LMDE »	34
ANNEXE 6 : « VITALITE LMDE »	37
ANNEXE 7 : « ESSENTIELLE LMDE »	40
ANNEXE 8 : « ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE »	45
ANNEXE 9 : « ZEN LMDE »	50
ANNEXE 10 : « ZEN LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE »	55
ANNEXE 11 : « PACK LMDE EUROPE » ET « PACK LMDE MONDE »	60
ANNEXE 12 : « COUVERTURE ETUDIANT ETRANGER »	62
ANNEXE 13 : « ETUD'EXPAT LMDE/CFE EUROPE » ET « ETUD'EXPAT LMDE/CFE MONDE »	64
ANNEXE 14 : « FOREIGN STUDENT HEALTHCARE »	64
ANNEXE 15 : « COMPLEMENT CMU-C LMDE »	69
ANNEXE 16 : « COEFFICIENTS MULTIPLICATEURS »	73
ANNEXE 17 : NOTICE D'INFORMATION DE LA GARANTIE « PROTECTION JURIDIQUE »	74
ANNEXE 18 : NOTICE D'INFORMATION DE LA GARANTIE « RESPONSABILITE VIE PRIVEE – VIE ETUDIANTE et INDIVIDUELLE ACCIDENT »	87
ANNEXE 19 : NOTICE D'INFORMATION DE LA GARANTIE « RESPONSABILITE VIE PRIVEE – VIE ETUDIANTE »	117
ANNEXE 20 : NOTICE D'INFORMATION DE LA GARANTIE « COMPLETE DE L'ETUDIANT »	117
ANNEXE 21 : NOTICE D'INFORMATION DU SERVICE « TELECONSULTATION MEDICALE »	143
ANNEXE 22 : RESEAU DE SOINS ITELIS	145
ANNEXE 23 : IMA ASSISTANCE A DOMICILE	150
ANNEXE 24 : CONDITIONS GENERALES AXA ASSISTANCE	168

PREAMBULE :

Le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations, et ce conformément à l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité.

Toute modification des cotisations et / ou prestations est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants, conformément à la réglementation. Elle est applicable dès qu'elle est notifiée aux membres participants.

Tous les membres participants qui adhèrent au présent règlement mutualiste sont en conséquence tenus de s'y conformer.

Le présent règlement mutualiste répond aux exigences de l'article L. 110-2 du Code de la Mutualité.

TITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 : LOI APPLICABLE ET AUTORITE DE CONTROLE COMPETENTE

La Mutuelle Des Etudiants – LMDE est régie par les dispositions du livre II du Code la mutualité.

Intériale (numéro SIREN 775 685 365, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé au 32 Rue Blanche – 75009 PARIS) se substitue intégralement à La Mutuelle Des Etudiants, pour l'ensemble des opérations pratiquées par cette dernière ainsi que l'exécution des engagements nés ou à naître relativement aux risques apportés, tels que ces risques sont définis dans les règlements mutualistes et dans les contrats collectifs de La Mutuelle Des Etudiants.

Intériale, mutuelle substituante, donne à La Mutuelle Des Etudiants, mutuelle substituée, sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale, en application des dispositions des articles L. 211-5 et R. 211-22 du Code la mutualité.

Si l'agrément accordé à Intériale lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion et le contrat collectif seront résiliés le quarantième jour à midi à compter de la date de publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.

Le contrat d'adhésion est soumis aux lois et aux réglementations françaises en vigueur.

Les garanties assurées par la mutuelle sont régies par le Code de la mutualité.

Les garanties présentées par la mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la loi applicable auxdits organismes.

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09.

Le règlement des prestations et le paiement de la cotisation sont effectués en euros.

ARTICLE 2 : TERRITORIALITE

Hors cas particuliers prévus au présent règlement ou prestations spécifiques internationales incluses dans certaines garanties, seuls sont couverts les frais exposés en France Métropolitaine ou dans les départements d'Outre-Mer.

Néanmoins, sont couverts les soins effectués hors du territoire métropolitain ou des départements d'Outre-Mer, pour lesquels l'adhérent perçoit un remboursement d'un régime obligatoire ou volontaire de Sécurité sociale en France.

Pour le paiement des cotisations et le remboursement des prestations, le compte bancaire de l'adhérent devra être domicilié en France ou dans l'un des pays faisant partie de la zone SEPA.

ARTICLE 3 : INFORMATIQUE ET LIBERTES

La mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants droit.

Les informations recueillies par la mutuelle font l'objet d'un traitement informatique et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de passation, gestion et exécution du contrat souscrit auprès de la mutuelle sur la base de l'exécution contractuelle des garanties du membre participant (ce qui comprend notamment l'enregistrement de l'adhésion, le versement des prestations, le prélèvement des cotisations) ainsi que la réalisation de statistiques, d'enquêtes de satisfaction, la transmission des données à des partenaires commerciaux et la sollicitation commerciale directe. Dans ce cadre, les données du membre participant et de ses ayants droit peuvent être transmises aux services chargés de la gestion de leur contrat, aux autres organismes assureurs auprès desquels ils bénéficient de garanties, ainsi qu'aux délégués de gestion, intermédiaires d'assurances, partenaires, prestataires, réassureurs et notamment aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission, y compris en dehors de l'Union européenne.

La fourniture de ces données est nécessaire à la bonne gestion du contrat souscrit, sans ces dernières la mutuelle ne pourra exécuter de manière optimale ses obligations contractuelles.

Conformément à la réglementation « Informatique et Libertés », le membre participant et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition, de limitation ainsi que d'un droit à la portabilité sur les informations qui les concernent.

Ils peuvent également contacter la mutuelle pour lui fournir des instructions sur le sort qu'ils souhaitent réserver à leurs données post-mortem. Pour ce faire, ils doivent adresser un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à la Direction Juridique de la mutuelle au 32 rue Blanche 75009 Paris. Les données personnelles recueillies à cette occasion seront conservées pour la durée légale de prescription à compter du terme de la relation contractuelle.

En cas de réclamation, ils disposent de la possibilité d'introduire un recours auprès de la CNIL.

ARTICLE 4 : RENONCIATION

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, en cas d'adhésion par correspondance, le membre participant dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, à compter de la prise d'effet de son adhésion, pour y renoncer.

Toutefois, en ce qui concerne les opérations en assurance vie, ce délai est porté à trente (30) jours calendaires révolus, à compter du jour où l'intéressé est informé que l'adhésion a pris effet.

La renonciation doit être notifiée par courrier recommandé avec accusé de réception à : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9.

Exemple de lettre de renonciation :

« Je soussigné(e) ... (nom, prénom) demeurant ... (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhérent) à La Mutuelle Des Etudiants.
(Date et signature de l'adhérent(e)) »

En cas de commencement d'exécution du contrat à l'initiative du membre participant pendant cette période, les éventuelles dépenses effectuées par la mutuelle en application du contrat seront déduites de la cotisation qui sera remboursée dans un délai de trente (30) jours à compter de la demande.

ARTICLE 5 : RESILIATION

5.1. RESILIATION PAR LE MEMBRE PARTICIPANT A LA DATE D'ECHEANCE ANNUELLE

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion au règlement mutualiste tous les ans et deux mois avant l'échéance du contrat. La demande prend effet le lendemain de la date de réception de la demande.

La résiliation doit être notifiée :

- depuis l'espace personnel MyLMDE de l'adhérent,
- ou par courrier recommandé avec accusé de réception à : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9.

5.2. RESILIATION PAR LA MUTUELLE

5.2.1. NON PAIEMENT DES COTISATIONS

Le non-paiement des cotisations entraîne la suspension puis la résiliation des garanties dans les conditions de l'article 11 du présent règlement. Tout membre participant en situation d'impayé s'expose au paiement de frais de poursuite et de recouvrement.

5.2.2. NON RESPECT DES CONDITIONS LIEES AU CHAMP DE RECRUTEMENT

La mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement de la mutuelle défini par ses Statuts ne sont plus remplies.

ARTICLE 6 : RECLAMATIONS ET MEDIATION

6.1 RECLAMATIONS

En cas de difficultés liées à l'application de son contrat, le membre participant ou l'ayant droit peut adresser sa réclamation auprès de la mutuelle :

- en complétant le formulaire de contact en ligne sur le site www.lmde.fr ;
- en adressant un courrier à : LMDE Mutuelle Complémentaire - TSA 97001 - 59779 LILLE Cedex 9.

Le membre participant recevra un accusé réception sous dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la réception de sa réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Le cas échéant, l'adhérent recevra une réponse du service réclamations au plus tard deux (2) mois après la réception de sa réclamation.

6-2 MÉDIATION

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai maximal d'un (1) an après cette réclamation, le membre participant ou l'ayant droit peut saisir le médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française :

- soit en ligne par internet sur www.mutualite.fr ou par courriel à mediation@mutualite.fr ;
- soit par voie postale à l'attention de Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu au maximum dans les trois (3) mois après transmission du dossier complet au médiateur.

Si le membre participant n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

La procédure de médiation est gratuite pour le membre participant ou l'ayant droit, sauf s'il désire se faire assister par un avocat ou recourir à un expert.

ARTICLE 7 : PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations de la mutuelle sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ; tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ; toute reconnaissance par la mutuelle du droit à garantie du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit à la mutuelle ou toute reconnaissance de dette du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant-droit à la mutuelle envers cette dernière ; saisine du médiateur de la Mutualité Française) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

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 la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 8 : RETICENCE ET FAUSSES DECLARATIONS

8.1 – RETICENCE ET FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.
Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

8.2 – FAUSSE DECLARATION NON INTENTIONNELLE

Conformément à l'article L. 221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.
Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du présent règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix (10) jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.
La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.
Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 9 : SUBROGATION

En cas d'accident, le membre participant doit impérativement signaler ce dernier à la mutuelle dans les conditions définies à l'article 16 du présent règlement.

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l'article L. 224-8 du Code de la mutualité (opérations relatives au remboursement de frais de soins, à la protection juridique et à l'assistance), la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.
La mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.
Pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Si le membre participant a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations mutualistes est exigé.

Le membre participant qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

TITRE 2 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE DES ETUDIANTS ET DE SES MEMBRES PARTICIPANTS

CHAPITRE 1 : OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ENVERS LA MUTUELLE

ARTICLE 10 : PAIEMENT DE LA COTISATION

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation affectée à la couverture des prestations de la garantie santé souscrite.

La cotisation varie en fonction de la durée et du niveau des prestations de la garantie santé souscrite.

Elle est fixée par un barème dont le détail est précisé dans les tableaux de cotisations correspondant à chacune des garanties santé proposées (Annexes 1 à 15 du présent règlement).

Elle comprend les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (union et fédération), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

La cotisation est fixée forfaitairement. Elle intègre la cotisation des garanties en inclusion, telles que définies à l'article 25 du présent règlement et dont le détail est décrit dans les tableaux des cotisations annexés au présent règlement.

La cotisation est individuelle.

A cette cotisation s'ajoute un complément de cotisation pour la couverture du ou des ayants droit du membre participant.

La cotisation peut être réglée en une seule fois par chèque, carte bleue ou prélèvement automatique sur un compte bancaire ou, de manière fractionnée, par prélèvement automatique sur un compte bancaire.

La Mutuelle se réserve le droit de refuser ou de résilier une adhésion dont le mode de paiement des cotisations n'est pas autorisé par le présent article.

Pour le paiement des cotisations, le compte bancaire de l'adhérent devra être domicilié en France ou dans l'un des pays faisant partie de la zone SEPA.

Sauf dispositions contraires, la prise d'effet des garanties décrites au présent règlement est conditionnée par le paiement de la cotisation.

ARTICLE 11 : DEFAUT DE PAIEMENT OPERATIONS INDIVIDUELLES

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-7 du Code de la mutualité, dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que les frais de poursuites et de recouvrement.

ARTICLE 12 : PLURALITE D'ASSUREURS ET PRINCIPE INDEMNITAIRE

Si le membre participant souscrit auprès de plusieurs assureurs ou groupements mutualistes des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit donner immédiatement à la mutuelle connaissance des autres assurances.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le membre participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Le remboursement des dépenses de santé suite à une maladie, maternité ou accident par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre participant.

ARTICLE 13 : DOCUMENTS A TRANSMETTRE POUR PERCEVOIR LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS MUTUALISTES

Sauf cas particuliers prévus au présent règlement pour certaines garanties ou prestations, le membre participant doit transmettre par courrier postal à son centre de traitement LMDE ou déposer à un accueil LMDE les originaux des documents définis ci-après.

LORSQUE LE REMBOURSEMENT MUTUALISTE INTERVIENT EN COMPLEMENT DE CELUI DE LA SECURITE SOCIALE :

En cas d'accord d'échanges techniques entre le centre gestionnaire d'Assurance Maladie et l'Organisme Complémentaire du membre participant, la transmission des relevés de prestations est effectuée par voie informatisée, directement entre les deux parties. A défaut, les originaux des relevés de prestations transmis par la Sécurité sociale doivent être adressés à la mutuelle et le cas échéant les factures acquittées et tout autre document demandé par la mutuelle pour le traitement du dossier.

LORSQUE LE REMBOURSEMENT MUTUALISTE CONCERNE DES PRESTATIONS NON PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE :

Les factures originales acquittées et le cas échéant, les prescriptions médicales ou tout autre document demandés par la mutuelle pour le traitement du dossier doivent être transmis à celle-ci.

Les envois par flux ou supports électroniques conformes aux dispositions réglementaires de l'Assurance Maladie et aux normes d'échanges prévues entre les professionnels de santé et la mutuelle sont recevables lorsqu'ils émanent d'un professionnel de santé ou d'un organisme ayant conclu une convention avec la mutuelle.

DANS TOUS LES CAS :

Le membre participant transmet à la mutuelle son Relevé d'Identité Bancaire pour le versement de ses prestations mutualistes.

Pour le remboursement des prestations, le compte bancaire de l'adhérent devra être domicilié en France ou dans l'un des pays faisant partie de la zone SEPA.

Afin d'éviter l'avance de frais par ses membres participants, la mutuelle a mis en place des accords de tiers payant pour la part complémentaire santé avec certains professionnels de santé et peut proposer à ses membres participants de bénéficier de ce service par le biais d'une carte émise sans cotisation supplémentaire. Dans ce cas et si le professionnel de santé ayant effectué les soins a conclu un accord de tiers payant avec la mutuelle, pour la part complémentaire santé, celle-ci rembourse directement le professionnel de santé concerné.

L'adresse du centre de traitement LMDE figure sur l'attestation de droits adressée au membre participant. Toutes les adresses de remboursement sont par ailleurs disponibles sur www.lmde.fr ou sur l'espace personnalisé à créer par le membre participant.

CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES MEMBRES PARTICIPANTS

ARTICLE 14 : PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE A SES BENEFICIAIRES

14.1 – BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Ont la qualité de bénéficiaire des garanties les membres participants et leurs ayants droit tels que définis à l'article 5.1 des statuts de la mutuelle.

14.2 – PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE

Au moment de leur adhésion, les membres participants, bénéficiant en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-Mer d'un régime obligatoire de sécurité sociale, peuvent souscrire l'une des formules de garanties suivantes :

- **« HOSPI LMDE » :** cette formule de garanties est constituée, dans les limites décrites dans les tableaux récapitulatifs des prestations figurant en Annexe 4, des prestations santé :

- « hospitalisation court séjour, soins de suite et réadaptation »

A ces prestations santé, s'ajoutent :

- des prestations d'assistance à Domicile

- des prestations dites de solidarité : Les conditions d'octroi, limites et détails de ces prestations sont définies aux articles 26 à 28 du présent règlement.

- ✓ Fonds de secours examens – MUTEXAM
- ✓ Allocation mutualiste de solidarité
- ✓ Fonds d'aide à la compensation du handicap

Les prestations et cotisations de la formule « HOSPI LMDE » sont détaillées à l'Annexe 4 du présent règlement et versées dans les conditions précisées aux articles 15 et suivants du présent règlement.

- **« VITALITE LMDE »** : cette formule de garanties est constituée, dans les limites décrites dans les tableaux récapitulatifs des prestations figurant en Annexe 6 des prestations santé :

- « soins courants »
- « pharmacie et appareillage »
- « hospitalisation court séjour, soins de suite et réadaptation »
- « dentaire »

A ces prestations santé, s'ajoutent :

- des prestations d'assistance à Domicile
- des Indemnités Journalières Hospitalières (étudiants salariés)
- des prestations de prévention
- des prestations dites de solidarité : Les conditions d'octroi, limites et détails de ces prestations sont définies aux articles 26 à 28 du présent règlement.
 - ✓ Fonds de secours examens – MUTEXAM
 - ✓ Allocation mutualiste de solidarité
 - ✓ Fonds d'aide à la compensation du handicap
- des contrats d'assurance en inclusion :
 - ✓ Responsabilité civile « vie privée – vie étudiante et Individuelle Accident » dont la notice d'information figure en Annexe 18
 - ✓ Protection Juridique dont la notice d'information figure en Annexe 17 du présent règlement
 - ✓ Téléconsultation médicale dont la notice d'information figure en Annexe 21 du présent règlement

Les prestations et cotisations de la formule « VITALITE LMDE » sont détaillées à l'Annexe 6 du présent règlement et versées dans les conditions précisées aux articles 15 et suivants du présent règlement.

- **« ESSENTIELLE LMDE »** : cette formule de garanties est constituée, dans les limites décrites dans les tableaux récapitulatifs des prestations figurant en Annexe 7 du présent règlement, des prestations santé :

- « soins courants »
- « pharmacie et appareillage »
- « hospitalisation court séjour, soins de suite et réadaptation »
- « optique »
- « dentaire »
- « acoustique et appareillage »

A ces prestations santé, s'ajoutent les prestations suivantes :

- des prestations d'assistance à Domicile
- des indemnités journalières hospitalières (étudiants salariés).
- des prestations dites de solidarité : Les conditions d'octroi, limites et détails de ces prestations sont définies aux articles 26 à 28 du présent règlement.
 - ✓ Fonds de secours examens – MUTEXAM
 - ✓ Allocation mutualiste de solidarité
 - ✓ Fonds d'aide à la compensation du handicap
- des contrats d'assurance en inclusion :
 - ✓ Frais de soins et assistance à l'international dont la notice d'information figure en Annexe 24 du présent règlement
 - ✓ Responsabilité civile « vie privée – vie étudiante et Individuelle Accident » dont la notice d'information figure en Annexe 18 du présent règlement
 - ✓ Protection Juridique dont la notice d'information figure en Annexe 17 du présent règlement
 - ✓ Téléconsultation médicale dont la notice d'information figure en Annexe 21 du présent règlement
 - ✓ Réseau de soins ITELIS dont la notice d'information figure en Annexe 22 du présent règlement
 - ✓ Assurance bagages dont la notice d'information figure en Annexe 24 du présent règlement.

Les prestations et cotisations de la formule « ESSENTIELLE LMDE » sont détaillées à l'Annexe 7 du présent règlement et versées dans les conditions précisées aux articles 15 et suivants du présent règlement.

- **« ZEN LMDE »** : cette formule de garanties est constituée, dans les limites décrites dans les tableaux récapitulatifs des prestations figurant en Annexe 9 du présent règlement, des prestations santé :

- « soins courants »
- « pharmacie et appareillage »
- « hospitalisation court séjour, soins de suite et réadaptation »
- « optique »
- « dentaire »
- « acoustique et appareillage »

A ces prestations santé, s'ajoutent les prestations suivantes :

- des prestations d'assistance à Domicile
- des indemnités journalières hospitalières (étudiants salariés)
- des prestations dites de solidarité : Les conditions d'octroi, limites et détails de ces prestations sont définies aux articles 26 à 28 du présent règlement.
 - ✓ Fonds de secours examens – MUTEXAM
 - ✓ Allocation mutualiste de solidarité
 - ✓ Fonds d'aide à la compensation du handicap
- des contrats d'assurance en inclusion :
 - ✓ Frais de soins et assistance à l'international dont la notice d'information figure en Annexe 24 du présent règlement
 - ✓ Responsabilité civile « vie privée – vie étudiante et Individuelle Accident » dont la notice d'information figure en Annexe 18 du présent règlement
 - ✓ Protection Juridique dont la notice d'information figure en Annexe 17 du présent règlement
 - ✓ Téléconsultation médicale dont la notice d'information figure en Annexe 21 du présent règlement
 - ✓ Réseau de soins ITELIS dont la notice d'information figure en Annexe 22 du présent règlement
 - ✓ Assurance bagages et perte/vol papiers d'identité dont la notice d'information figure en Annexe 24 du présent règlement

Les prestations et cotisations de la formule « ZEN LMDE » sont détaillées à l'Annexe 9 du présent règlement et versées dans les conditions précisées aux articles 15 et suivants du présent règlement.

- **« FOREIGN STUDENT HEALTHCARE »** : cette formule de garanties est constituée, dans les limites décrites dans les tableaux récapitulatifs des prestations figurant en Annexe 14 du présent règlement, des prestations santé :

- « soins courants »
- « pharmacie et appareillage »
- « hospitalisation court séjour, soins de suite et réadaptation »
- « optique »
- « dentaire »
- « acoustique et appareillage »

A ces prestations santé, s'ajoutent les prestations suivantes :

- Des prestations d'assistance à Domicile
- Indemnités journalières hospitalières (étudiants salariés).
- des prestations dites de solidarité : Les conditions d'octroi, limites et détails de ces prestations sont définies aux articles 26 à 28 du présent règlement.
 - ✓ Fonds de secours examens – MUTEXAM
 - ✓ Allocation mutualiste de solidarité
 - ✓ Fonds d'aide à la compensation du handicap
- des contrats d'assurance en inclusion :
 - ✓ Responsabilité civile « vie privée – vie étudiante et Individuelle Accident » dont la notice d'information figure en Annexe 18 du présent règlement
 - ✓ Protection Juridique dont la notice d'information figure en Annexe 17 du présent règlement
 - ✓ Téléconsultation médicale dont la notice d'information figure en Annexe 21 du présent règlement
 - ✓ Réseau de soins ITELIS dont la notice d'information figure en Annexe 22 du présent règlement

Les prestations et cotisations de la formule « FOREIGN STUDENT HEALTHCARE » sont détaillées à l'Annexe 14 du présent règlement et

versées dans les conditions précisées aux articles 15 et suivants du présent règlement.

Ou l'une des garanties spéciales suivantes :

- **« ASSURANCE DE L'ETUDIANT »** : cette garantie spéciale est constituée, dans les limites définies par les tableaux récapitulatifs des prestations figurant en Annexe 1 du présent règlement :
 - des prestations solidarité : Fonds de secours études : MUTEXAM, Allocation Mutualiste de Solidarité et Fonds d'aide à la compensation du handicap ;
 - des contrats d'assurance et services en inclusion : Responsabilité civile, Individuelle accident, Assistance à domicile 7j/7 et 24h/24 et informations juridiques par téléphone (Annexe 20).

Le détail des prestations et cotisations de la garantie spéciale « Assurance de l'Etudiant » figure à l'Annexe 1 du présent règlement.

- **« PLUS LMDE »** : cette garantie spéciale est constituée, dans les limites définies par les tableaux récapitulatifs des prestations figurant en Annexe 3 :
 - des prestations prévention ;
 - des prestations solidarité : Fonds de secours études : MUTEXAM, Allocation Mutualiste de Solidarité et Fonds d'aide à la compensation du handicap ;
 - des prestations au titre de soins consécutifs à un accident garanti ;
 - des contrats d'assurance et services en inclusion : Responsabilité civile, Individuelle accident, Assistance à domicile 7j/7 et 24h/24 et informations juridiques par téléphone (Annexe 20).

Le détail des prestations et cotisations de la garantie spéciale « Plus LMDE » figure à l'Annexe 3 du présent règlement.

Les membres participants ayant souscrit à une garantie « MINI LMDE » ou ayant renouvelé une garantie « MINI LMDE » pendant l'année universitaire 2016-2017, pourront continuer à en bénéficier en cas de renouvellement de cette garantie dans les conditions et limites définies ci-dessous :

- **« MINI LMDE »** : Cette garantie est constituée, dans les limites décrites dans les tableaux récapitulatifs des prestations figurant en Annexe 5 du présent règlement, des prestations santé :
 - « soins courants »
 - « pharmacie »
 - « hospitalisation court séjour, soins de suite et réadaptation »
 - « dentaire ».

A ces prestations santé, s'ajoutent :

- des prestations d'assistance à Domicile
- des prestations de prévention
- des prestations dites de solidarité : Les conditions d'octroi, limites et détails de ces prestations sont définies aux articles 26 à 28 du présent règlement.
 - ✓ Fonds de secours examens – MUTEXAM
 - ✓ Allocation mutualiste de solidarité
 - ✓ Fonds d'aide à la compensation du handicap
- des contrats d'assurance en inclusion :
 - ✓ Responsabilité civile « vie privée – vie étudiante et Individuelle Accident » dont la notice d'information figure en Annexe 18
 - ✓ Protection Juridique dont la notice d'information figure en Annexe 17
 - ✓ Téléconsultation médicale dont la notice d'information figure en Annexe 21

Les prestations et cotisations de la formule « MINI LMDE » sont détaillées à l'Annexe 5 du présent règlement et versées dans les conditions précisées aux articles 15 et suivants du présent règlement.

Au moment de leur adhésion, les membres participants justifiant relever du régime local Alsace-Moselle ont le choix entre deux formules de garanties santé spécifiques :

- **« ESSENTIELLE LMDE régime local Alsace-Moselle »** : Les conditions et limites de cette garantie sont définies à l'article 20 du présent règlement. Les cotisations et prestations de cette garantie sont détaillées à l'Annexe 8 du présent règlement.
- **« ZEN LMDE régime local Alsace-Moselle »** : Les conditions et limites de cette garantie sont définies à l'article 20 du présent règlement. Les cotisations et prestations de cette garantie sont détaillées à l'Annexe 10 du présent règlement.

Les membres participants ayant souscrit une garantie « PLUS ETUDIANT » ou ayant renouvelé une garantie « PLUS ETUDIANT » pendant l'année universitaire 2017-2018, pourront continuer à en bénéficier en cas de renouvellement de cette garantie dans les conditions et limites définies ci-dessous :

- **« Plus Etudiant »** : Cette garantie spéciale est constituée, dans les limites définies par les tableaux récapitulatifs des prestations figurant en Annexe 2 :
 - des prestations prévention,

- des prestations solidarité : Fonds de secours études : MUTEXAM, Allocation Mutualiste de Solidarité et Fonds d'aide à la compensation du handicap,
- des prestations au titre des soins consécutifs à un accident garanti.

Le détail des prestations et cotisations de la garantie spéciale « Plus Etudiant » figure à l'annexe 2 du présent règlement.

Les membres participants, bénéficiant en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-Mer d'un régime obligatoire de Sécurité sociale ou assurés auprès de la Sécurité sociale Caisse des Français de l'Etranger peuvent souscrire aux garanties suivantes :

- « Pack LMDE Europe » et « Pack LMDE Monde » : Les conditions d'octroi et limites de ces garanties sont définies à l'article 18 du présent règlement. Les cotisations et prestations de ces garanties sont détaillées à l'Annexe 11 du présent règlement.
- « Etud'Expat LMDE/CFE Europe » et « Etud'Expat LMDE/CFE Monde » : Les conditions d'octroi et limites de ces garanties sont définies à l'article 23 du présent règlement. Les cotisations et prestations de ces garanties sont détaillées à l'Annexe 13 du présent règlement.

Les membres participants ne bénéficiant pas en France Métropolitaine et dans les Départements d'Outre-Mer d'un régime obligatoire ou volontaire de Sécurité sociale peuvent souscrire à la garantie :

- « Couverture Etudiant Etranger » : Les conditions d'octroi et limites de cette garantie sont définies à l'article 22 du présent règlement. Les cotisations et prestations de cette garantie sont détaillées à l'Annexe 12 du présent règlement

Dispositions générales

- ◆ Les cotisations dues au titre de certaines formules de garanties, garanties spéciales ou packs de garanties, comprennent un montant affecté aux prestations assurantielles fournies par **AXA**.

Ce montant est de :

- **0,27 € TTC/mois** pour la garantie **Individuelle Accident** incluse dans la formule de garantie suivante : MINI LMDE
- **0,47 € TTC/mois** pour la garantie **Individuelle Accident** dans les formules de garanties suivantes : VITALITE LMDE, ESSENTIELLE LMDE, ESSENTIELLE LMDE Régime local Alsace-Moselle, ZEN LMDE, ZEN LMDE Régime local Alsace-Moselle et FOREIGN STUDENT HEALTHCARE,
- **0,47 € TTC/mois** pour la garantie **Responsabilité Civile, « Vie étudiante et Vie Privée »** incluse dans les formules de garanties suivantes : MINI LMDE, VITALITE LMDE, ESSENTIELLE LMDE, ESSENTIELLE LMDE Régime local Alsace-Moselle, ZEN LMDE, ZEN LMDE Régime local Alsace-Moselle et FOREIGN STUDENT HEALTHCARE ; PACK LMDE Europe / Monde et Etud'Expat Europe / Monde ;
- **0,15 € TTC/mois** pour la garantie **Téléconsultation médicale** incluse dans les formules de garanties suivantes : MINI LMDE, VITALITE LMDE, ESSENTIELLE LMDE, ESSENTIELLE LMDE Régime local Alsace-Moselle, ZEN LMDE, ZEN LMDE Régime local Alsace-Moselle et FOREIGN STUDENT HEALTHCARE ;
- **1,87 € TTC/mois** pour la garantie **Téléconsultation médicale** incluse dans les formules de garanties suivantes : Pack LMDE EUROPE et MONDE, Etud'Expat EUROPE et MONDE ;
- **0,16 € TTC/mois** pour la garantie **Protection Juridique** incluse dans les formules de garanties suivantes : MINI LMDE, VITALITE LMDE, ESSENTIELLE LMDE, ESSENTIELLE LMDE Régime local Alsace-Moselle, ZEN LMDE, ZEN LMDE Régime local Alsace-Moselle et FOREIGN STUDENT HEALTHCARE ;
- **15 € TTC (forfait)** pour la garantie **Complète de l'Etudiant** incluse dans les garanties spéciales suivantes : Assurance de l'Etudiant et PLUS LMDE.

- ◆ Les cotisations dues au titre de certaines formules de garanties comprennent un montant mensuel affecté aux prestations **Services d'Accompagnement Santé** fournies par **IMA**.

Ce montant est de :

- **0,11 € TTC/mois** pour les formules de garanties : HOSPI LMDE, MINI LMDE, VITALITE LMDE, ESSENTIELLE LMDE, ESSENTIELLE LMDE Régime local Alsace- Moselle,
- **0,164 € TTC/mois** pour les formules de garanties : ZEN LMDE et ZEN LMDE Régime local Alsace-Moselle.

Les cotisations dues au titre de certaines formules de garanties, garanties spéciales ou packs de garanties comprennent un montant mensuel affecté aux prestations LMDE International fournies par **AXA Assistance**.

Ce montant est de :

- **1,45 € TTC/mois** pour les prestations internationales dans les formules de garanties ESSENTIELLE LMDE et ESSENTIELLE LMDE Régime local Alsace-Moselle ;
- **1,76 €/mois** pour les prestations internationales dans les formules de garanties ZEN LMDE et ZEN LMDE Régime local Alsace Moselle ;
- **8,64 € TTC/mois** pour les prestations internationales dans les formules de garanties PACK LMDE EUROPE et Etud'Expat LMDE EUROPE
- **14,99 € TTC/mois** pour les prestations internationales dans les formules de garanties PACK LMDE MONDE et Etud'Expat LMDE MONDE.

- ◆ Les cotisations dues au titre de certaines formules de garanties, garanties spéciales ou packs de garanties, comprennent un montant affecté aux prestations assurantielles fournies par **ITELIS**.

Ce montant est de **1,62 €/mois**.

14.3 - CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE :

L'assemblée générale de la mutuelle définit les prestations mutualistes et les cotisations afférentes.

Les cotisations et prestations des différentes garanties sont détaillées aux Annexes 1 à 15 du présent règlement. Les taux des prestations mutualistes s'appliquent sur les bases de remboursement et les taux de remboursement de la Sécurité sociale française en vigueur à la date de l'assemblée générale annuelle de la mutuelle, compétente en la matière.

Sauf décision contraire de l'assemblée générale de la mutuelle, la modification desdits bases et taux ou de la nomenclature et référentiel des actes professionnels au cours de l'année d'adhésion considérée est sans incidence sur le montant des prestations et des cotisations mutualistes.

De même, sauf décision contraire de l'assemblée générale de la mutuelle, la modification des taux ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale française ou de la nomenclature et du référentiel des actes professionnels au cours de l'année d'adhésion considérée est sans incidence sur les taux des prestations mutualistes et le montant des cotisations mutualistes.

Seuls donnent lieu à remboursement les soins pour lesquels la date retenue pour l'examen du droit aux prestations mutualistes se situe pendant la période d'ouverture des droits.

14.4 - CHANGEMENT DE GARANTIE A L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT :

Le membre participant peut, à n'importe quel moment de l'année, demander le changement de garantie vers une garantie supérieure, selon les modalités ci-dessous.

La nouvelle garantie santé prend effet le lendemain du jour de la demande de changement de garantie.

Le montant de la cotisation de la nouvelle garantie, dont le calcul sera proratisé, s'il y a lieu, en fonction du nombre de mois restant à courir jusqu'au terme de son adhésion, viendra en déduction du montant versé au titre de la cotisation relative à l'ancienne garantie. Le solde restant dû entre ces deux montants sera versé, à la mutuelle, par le membre participant, en une ou plusieurs fois, selon le mode de paiement choisi au moment de l'adhésion.

Le membre participant peut, à la date du renouvellement de sa garantie, demander le changement de garantie vers une garantie inférieure. Ce changement prendra effet le lendemain du jour de la demande de changement de garantie.

Tout changement de garantie vers une garantie supérieure ou inférieure sera limité à une fois par année d'adhésion.

ARTICLE 15 : REGLES D'OUVERTURE DES DROITS ET DATES RETENUES POUR L'EXAMEN DE DROITS AUX PRESTATIONS MALADIE ET MATERNITE

15.1- OUVERTURE DES DROITS :

Sauf dérogations prévues au présent règlement ou aux contrats collectifs, l'année d'adhésion s'entend du 1^{er} octobre au 30 septembre N+1. Dans tous les cas, la date de fin de validité ne pourra être postérieure au 30 septembre de l'année suivant l'année d'adhésion.

15.1.1 - GARANTIES ANNUELLES :

Les garanties annuelles sont souscrites par les membres participants pour une durée de douze (12) mois, sauf dérogations prévues au présent règlement ou aux contrats collectifs.

Pour tout bulletin d'adhésion signé et réceptionné par la mutuelle entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre de l'année d'adhésion considérée et sauf dérogations prévues au présent règlement ou aux contrats collectifs, le droit aux prestations santé prend effet de manière rétroactive au 1^{er} octobre, pour expirer le dernier jour de l'année universitaire. Toutefois, les garanties et services en inclusion ne prendront effet qu'à compter du lendemain de la souscription à 0 heure.

Par exception, et à la demande expresse du membre participant souhaitant souscrire une formule de garanties pour tout bulletin d'adhésion signé et réceptionné par la mutuelle entre le 1^{er} avril et le 30 avril et sauf dérogations prévues au présent règlement ou aux contrats collectifs, le droit aux prestations santé prend effet de manière rétroactive au 1^{er} avril pour expirer le dernier jour de l'année universitaire. Le membre participant bénéficiera donc de prestations santé pour une durée de dix-huit (18) mois. Toutefois, cette rétroactivité ne s'appliquera pas aux garanties et services en inclusion, lesquelles ne prendront effet qu'à compter du lendemain de la souscription à 0 heure.

Par exception, et à la demande expresse du membre participant souhaitant souscrire une formule de garanties pour tout bulletin d'adhésion signé et réceptionné par la mutuelle, entre le 1^{er} mai et le 31 mai et sauf dérogations prévues au présent règlement ou aux contrats collectifs, le droit aux prestations santé prend effet de manière rétroactive au 1^{er} mai pour expirer le dernier jour de l'année universitaire. Le membre participant bénéficiera donc de prestations santé pour une durée de dix-sept (17) mois. Toutefois, cette rétroactivité ne s'appliquera pas aux garanties et services en inclusion, lesquelles ne prendront effet qu'à compter du lendemain de la souscription à 0 heure.

Par exception, et à la demande expresse du membre participant souhaitant souscrire une formule de garanties pour tout bulletin d'adhésion signé et réceptionné par la mutuelle, entre le 1^{er} juin et le 30 juin et sauf dérogations prévues au présent règlement ou aux contrats collectifs, le droit aux prestations santé prend effet de manière rétroactive au 1^{er} juin pour expirer le dernier jour de l'année universitaire. Le membre participant bénéficiera donc de prestations santé pour une durée de seize (16) mois. Toutefois, cette rétroactivité ne s'appliquera pas aux garanties et services en inclusion, lesquelles ne prendront effet qu'à compter du lendemain de la souscription à 0 heure.

Par exception, et à la demande expresse du membre participant souhaitant souscrire une formule de garanties pour tout bulletin d'adhésion signé et réceptionné par la mutuelle, entre le 1^{er} juillet et le 31 juillet et sauf dérogations prévues au présent règlement ou aux contrats collectifs, le droit aux prestations santé prend effet de manière rétroactive au 1^{er} juillet pour expirer le dernier jour de l'année universitaire. Le membre participant bénéficiera donc de prestations santé pour une durée de quinze (15) mois. Toutefois, cette rétroactivité ne s'appliquera pas aux garanties et services en inclusion, lesquelles ne prendront effet qu'à compter du lendemain de la souscription à 0 heure.

Par exception, et à la demande expresse du membre participant souhaitant souscrire une formule de garanties, pour tout bulletin d'adhésion signé et réceptionné par la mutuelle entre le 1^{er} août et le 31 août et sauf dérogations prévues au présent règlement ou aux contrats collectifs, le droit aux prestations santé prend effet de manière rétroactive au 1^{er} août, pour expirer le dernier jour de l'année universitaire. Le membre participant bénéficiera donc de prestations santé pour une durée de quatorze (14) mois. Toutefois, cette rétroactivité ne s'appliquera pas aux garanties et services en inclusion, lesquelles ne prendront effet qu'à compter du lendemain de la souscription à 0 heure.

Par exception, et à la demande expresse du membre participant souhaitant souscrire une formule de garanties pour tout bulletin d'adhésion signé et réceptionné par la mutuelle entre le 1^{er} septembre et le 30 septembre et sauf dérogations prévues au présent règlement ou aux contrats collectifs, le droit aux prestations santé prend effet de manière rétroactive au 1^{er} septembre pour expirer le dernier jour de l'année universitaire. Le membre participant bénéficiera donc de prestations santé pour une durée de treize (13) mois. Toutefois, cette rétroactivité ne s'appliquera pas aux garanties et services en inclusion, lesquelles ne prendront effet qu'à compter du lendemain de la souscription à 0 heure.

Sauf cas particuliers prévus au présent règlement, à la date d'expiration, l'adhésion est reconduite pour douze (12) mois, sauf dénonciation par lettre recommandée adressée à la mutuelle par le membre participant au moins deux (2) mois avant la date d'échéance.

15.1.2 - GARANTIES INFRA-ANNUELLES (PRORATA) :

Les garanties infra-annuelles ou prorata sont souscrites par les membres participants pour une durée supérieure et inférieure à douze (12) mois sur les durées de contrat suivantes : 9 mois, 8 mois, 7 mois, 6 mois, 5 mois, 4 mois et 3 mois.

Sauf dérogations prévues au présent règlement ou aux contrats collectifs, pour tout bulletin d'adhésion signé, le droit aux prestations prend effet le lendemain à 0 heure de la date de réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle et au plus tôt le 1^{er} jour du mois de la prise d'effet de la garantie infra-annuelle en cas d'adhésion anticipée, et ce, pour expirer le dernier jour de l'année universitaire.

Sauf cas particuliers prévus au présent règlement, à la date d'expiration, l'adhésion étant reconduite pour douze (12) mois, sauf dénonciation depuis l'espace personnel MyLMDE de l'adhérent ou par lettre recommandée adressée à la mutuelle par le membre participant au moins deux (2) mois avant la date d'échéance.

15.1.3 - LES MEMBRES PARTICIPANTS COUVERTS PAR UN CONTRAT COLLECTIF SOUSCRIT AUPRES DE LA MUTUELLE :

La prise d'effet et l'expiration des garanties mutualistes souscrites dans le cadre d'un contrat collectif sont définies audit contrat.

15.1.4 - PROROGATION D'ADHESION :

Le membre participant peut proroger son adhésion à l'une des formules de garanties LMDE ou à l'une des garanties spéciales LMDE, dans les conditions définies à l'article 5.1 des statuts de la mutuelle, pour une durée de 3, 6, 9 ou 12 mois, et au cours d'une même année d'adhésion.

- ✓ Le droit aux prestations prend effet au jour de réception du bulletin d'adhésion signé, ou fiche de mise à jour dûment renseignée et signée et au plus tôt le 1^{er} octobre de l'année universitaire considérée, et ce, pour expirer le 31 décembre de l'année d'adhésion considérée.

Prorogation d'adhésion pour une durée de six (6) mois

- ✓ Bulletin ou fiche de mise à jour réceptionné avant le 31 décembre : le droit aux prestations prend effet au jour de réception du bulletin d'adhésion signé, ou de la fiche de mise à jour dûment renseignée et signée, et au plus tôt le 1^{er} octobre de l'année d'adhésion considérée, et ce, pour expirer le 31 mars de l'année universitaire.
- ✓ Bulletin ou fiche de mise à jour réceptionnée à compter du 1^{er} janvier : le droit aux prestations prend effet le lendemain à 0 heure de la date de réception du bulletin d'adhésion ou de la fiche de mise à jour renseignée et signée par la mutuelle et ce, pour expirer le 31 mars de l'année d'adhésion.

Prorogation d'adhésion pour une durée de neuf (9) mois

- ✓ Bulletin ou fiche de mise à jour réceptionné avant le 31 décembre : le droit aux prestations prend effet au jour de réception du bulletin d'adhésion signé, ou de la fiche de mise à jour dûment renseignée et signée, et au plus tôt le 1^{er} octobre de l'année universitaire considérée, et ce, pour expirer le 30 juin de l'année universitaire.
- ✓ Bulletin ou fiche de mise à jour réceptionnée à compter du 1^{er} janvier : le droit aux prestations prend effet le lendemain à 0 heure de la date de réception du bulletin d'adhésion ou de la fiche de mise à jour renseignée et signée par la mutuelle et ce, pour expirer le 30 juin de l'année d'adhésion.

Prorogation d'adhésion pour une durée de douze (12) mois

Le droit aux prestations prend effet au jour de réception du bulletin d'adhésion signé, ou fiche de mise à jour dûment renseignée et signée et au plus tôt le 1^{er} octobre de l'année d'adhésion considérée, et ce, pour expirer le 30 septembre de l'année suivante.

Le membre participant peut à l'échéance de sa garantie proroger de nouveau son adhésion, sous réserve de remplir les conditions fixées à l'article 5.1 des statuts.

Pour bénéficier d'une prorogation d'adhésion successive au cours d'une même année d'adhésion, le membre participant doit demander le renouvellement de sa prorogation au moyen d'un bulletin d'adhésion signé, réceptionné par la mutuelle au plus tard :

- ✓ dans les sept (7) jours suivant la date d'échéance de la garantie pour les adhésions de trois (3) mois. Le droit aux prestations sera alors maintenu pendant cette période de sept (7) jours.
- ✓ dans les quinze (15) jours suivant la date d'échéance de la garantie pour les adhésions de six (6) et neuf (9) mois. Le droit aux prestations sera alors maintenu pendant cette période de quinze (15) jours.

Les prorogations d'adhésion successives au cours de la même année d'adhésion ne peuvent concerner que la même garantie.

Exemple : la prorogation d'adhésion trois (3) mois concerne la formule de garantie « ESSENTIELLE LMDE ». Le membre participant ne peut renouveler sa prorogation que pour une garantie « ESSENTIELLE LMDE » 3 mois ou « ESSENTIELLE LMDE » 6 mois ou « ESSENTIELLE LMDE » 9 mois.

Les prorogations d'adhésion ne font pas l'objet d'une tacite reconduction à l'échéance de la garantie. Le renouvellement de la prorogation doit s'effectuer de manière expresse à chaque échéance de garantie.

Le membre participant peut proroger chaque année son adhésion tant que les conditions de l'article 5.1 des statuts sont remplies.

15.2- DATES RETENUES POUR L'EXAMEN DU DROIT AUX PRESTATIONS MALADIE ET MATERNITE SAUF DEROGATIONS PREVUES AU PRESENT REGLEMENT

Seuls donnent lieu à remboursement les soins pour lesquels la date retenue pour l'examen du droit aux prestations mutualistes se situe pendant la période d'ouverture des droits.

La date de délivrance est retenue pour les prestations suivantes :

- pharmacie, produits et prestations remboursables au titre de l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale (LPP), vaccins rappels et traitements anti-paludéens,
- forfait contraceptifs prescrits non remboursés par la sécurité sociale,
- forfait contraception d'urgence (pilule du lendemain),
- forfait test de grossesse,
- forfait substituts nicotiniques,

- forfait équipement optique (verres+monture), lentilles,
- prothèses et appareils, forfait prothèse auditive,
- forfait préservatifs féminins / masculins,
- test VIH,
- forfait équipements de sécurité,
- forfait protections auditives (jetables, réutilisables ou moulées),
- forfait sécurité routière (éthylotests),
- forfait matériel médical
- Forfait protections hygiéniques (tampons, serviettes hygiéniques, cups menstruelles...)

La date d'exécution de l'acte est retenue pour les prestations suivantes :

- prothèses amovibles, amovibles provisoires ou fixes remboursées par la Sécurité sociale
- forfait implantologie - (On entend par forfait implantologie tout acte et/ou dispositif médical liés et indispensables à la réalisation d'une implantologie dentaire (couronnes sur implant, bridge implanto-porté ou dento implanto-porté, acte technique, dispositif médical),
- orthodontie et autres actes liés à l'orthodontie remboursés par la sécurité sociale, orthodontie non remboursée par la sécurité sociale, rebasage, réparation, adjonction ou remplacement de dents ou crochets,
- inlay/onlay/inlay core,
- soins dentaires,
- consultations médecin traitant, médecin correspondant, médecin d'accès direct,
- visites médecin traitant, médecin correspondant, médecin d'accès direct,
- radiologie, imagerie médicale,
- chirurgie sans hospitalisation,
- transports,
- laboratoire, analyses,
- auxiliaires médicaux,
- actes par sage femme,
- prothèses capillaires, prothèses mammaires,
- forfait médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture ...)
- consultation psychologues,
- bilan nutrition,
- consultation annuelle de prévention bucco-dentaire,
- actes de prévention,
- ostéodensitométrie,
- participation assuré 18 € lorsque l'acte a été réalisé hors hospitalisation,
- forfait frais de soins et d'hospitalisation consécutifs à une maternité.

La date de début de séjour est retenue pour les prestations suivantes :

- hospitalisation médicale et chirurgicale y compris IVG,
- forfait journalier hospitalier, psychiatrique ou non,
- participation assuré 18 € lorsque l'acte a été réalisé au cours d'une hospitalisation,
- indemnités journalières hospitalières,
- chambre particulière,
- forfait confort en hospitalisation (TV, Internet, Téléphone).

CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINES GARANTIES OU PRESTATIONS

Il est précisé que hors dérogations ou règles spécifiques détaillées au présent chapitre, les principes généraux définis aux chapitres 1 et 2 du présent règlement demeurent applicables aux prestations et garanties mentionnées au présent chapitre.

ARTICLE 16 : PRESTATIONS ACCIDENT

16.1 - DEFINITION :

Par accident, il faut entendre « toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part du membre participant ou de ses ayants-droit provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure ».

16.2 - OUVERTURE DES DROITS :

Par dérogation à l'article 15.1.1 du présent règlement, pour les adhésions à une garantie douze (12) mois, le droit aux prestations accident prend effet le lendemain à 0 heure de la date de réception du bulletin d'adhésion LMDE et au plus tôt le 1^{er} octobre de l'année d'adhésion considérée, et ce pour expirer le dernier jour de l'année universitaire.

Les autres conditions d'ouverture des droits telles que définies à l'article 15 du présent règlement s'appliquent aux prestations accident.

16.3 - DECLARATION D'ACCIDENT :

Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les cinq (5) jours à la mutuelle et accompagné d'un certificat médical descriptif des blessures.

16.4 - PRESTATIONS :

Jusqu'au jour de la guérison ou de la consolidation ou du décès, et ce, dans la limite de deux (2) ans à compter de la date de l'accident, la mutuelle complète à concurrence de 100% des bases de remboursement de la Sécurité sociale française, l'équipement optique (verres, monture), les actes médicaux réalisés par un médecin et remboursés par les régimes obligatoires de Sécurité sociale française et engagés par le membre participant ou son ayant droit à la suite d'un accident garanti.

Les prestations ne peuvent être versées que pour les accidents garantis et survenus pendant la période d'ouverture des droits.

16.5 - EXCLUSIONS :

Sont exclus :

- les accidents survenus en dehors de la période d'ouverture de droits aux prestations accident,
- les suites d'accidents, d'infirmité dont la survenance est antérieure à la date d'effet du droit aux prestations accident,
- les accidents occasionnés par :
 - l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
 - l'aliénation mentale, les attaques de paralysie, d'apoplexie ou d'épilepsie,
 - une infirmité préexistante,
 - l'ivresse ou l'état alcoolique,
 - la tentative de suicide, l'intoxication, le malaise,
 - l'exercice d'une activité professionnelle dès lors qu'elle n'est pas conseillée ou ordonnée par l'établissement d'enseignement du membre participant ou de ses ayants-droit,
 - la navigation aérienne en qualité de personnel navigant, l'usage d'un aéronef privé, les vols d'essai ou sur prototype,
 - les sports aériens, le saut à l'élastique, les sports aquatiques pratiqués avec ou sans un engin à moteur, les sports pratiqués avec un véhicule terrestre à moteur, la plongée sous-marine, le combat, les épreuves de sports de neige ou de glace donnant lieu à un classement international, national ou régional, les sports à titre professionnel,
 - les guerres civiles ou étrangères, les émeutes, les mouvements populaires, les actes de terrorisme ou de sabotage auxquels le membre participant ou ses ayants-droit participent, les sinistres d'origine nucléaire.

ARTICLE 17 : INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALIERES

17.1 - OBJET

Une indemnité journalière hospitalière forfaitaire est versée aux membres participants ou à leurs-ayants droit à compter du 4^{ème} jour consécutif de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, un accident ou une opération chirurgicale, dans la limite de trente (30) jours par année d'adhésion.

17.2 - CONDITIONS DE PRISE ENCHARGE

Les indemnités journalières hospitalières forfaitaires ne sont versées dans les conditions précitées que sur présentation conjointe, par le membre participant ou son ayant-droit, du bulletin d'hospitalisation, et du décompte de Sécurité sociale attestant du paiement des sommes visées à l'article L.321-1 du code de la sécurité sociale.

La mutuelle se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires nécessaires à l'étude du dossier.

17.3 - EXCLUSIONS

N'ouvrent pas droit au versement de la prestation Indemnités Journalières hospitalières les hospitalisations occasionnées par :

- la faute intentionnelle ou dolosive du membre de la mutuelle,
- l'usage des stupéfiants non prescrits médicalement,
- l'ivresse ou état alcoolique,
- la participation du membre de la mutuelle à des compétitions ou à leurs essais, même à titre amateur, dans les sports suivants :
 - sports pratiqués avec un véhicule terrestre à moteur,
 - sports aériens,
 - sports aquatiques pratiqués avec un engin à moteur,
 - plongée sous-marine,
 - sports de neige ou de glace donnant lieu à un classement,
 - combat.
- la pratique du saut à l'élastique,
- la maladie d'origine psychologique ou psychiatrique (y compris les maladies nerveuses),
- les guerres civiles ou étrangères, émeutes, cataclysmes, sinistres d'origine nucléaire.

ARTICLE 18 : GARANTIES « PACK LMDE EUROPE » ET « PACK LMDE MONDE »

18.1 – CONDITIONS DE SOUSCRIPTION AUX GARANTIES « PACK LMDE EUROPE » ET « PACK LMDE MONDE »

Les garanties « Pack LMDE Europe » et « Pack LMDE Monde » peuvent être souscrites par tout étudiant dont le domicile principal est situé en France et inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur en France et affilié à un régime obligatoire de Sécurité sociale en France ou à l'étranger ou assuré auprès de la Caisse des Français de l'étranger.

- Pour les étudiants inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur en France et en mobilité dans le monde, les garanties « Pack LMDE Europe » et « Pack LMDE Monde » couvrent les séjours effectués quelque soit le type de déplacement à l'international (stage conseillé ou ordonné par l'établissement d'enseignement supérieur, dans le cadre d'études/programmes d'échanges universitaires, ou séjours touristiques). **Toutefois, cette prestation est limitée à un ou plusieurs séjours touristiques à l'étranger n'excédant pas 3 mois consécutifs.**
- Pour les étudiants ressortissants français assurés auprès de la Caisse des Français de l'Etranger, les garanties « Pack LMDE Europe » et « Pack LMDE Monde » couvrent les séjours effectués dans le cadre d'études (inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur à l'étranger).

La mutuelle se réserve le droit de réclamer un justificatif du motif du séjour à l'étranger.

18.2 – PERIODE DE VALIDITE DES GARANTIES « PACK LMDE EUROPE » ET « PACK LMDE MONDE » ET OUVERTURE DES DROITS :

Par dérogation à l'article 15 du présent règlement les règles d'ouverture des droits aux prestations du « Pack LMDE Europe » et du « Pack LMDE Monde » sont les suivantes :

Les garanties « Pack LMDE Europe » et « Pack LMDE Monde » peuvent être souscrites pour une durée de 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, ou 9 mois.

Pour tout bulletin d'adhésion signé et réceptionné avant le 1^{er} avril de l'année d'adhésion concernée, le droit aux prestations prend effet à la date de début du séjour à l'étranger et au plus tôt le 1^{er} avril de l'année d'adhésion concernée.

Pour tout bulletin d'adhésion signé et réceptionné à compter du 1^{er} avril de l'année d'adhésion concernée, le droit aux prestations prend effet à la date de début du séjour à l'étranger.

Dans tous les cas, la date de fin de validité ne pourra être postérieure au 30 septembre de l'année universitaire considérée.

Exemple : Souscription d'une garantie « Pack LMDE International » de 4 mois le 15.03 de l'année n, départ à l'étranger le 04.04 l'année n
Validité de la garantie : du 04.04 de l'année n au 03.08 de l'année n

Cette garantie ne fait pas l'objet d'une tacite reconduction.

En cas de prolongation du séjour à l'étranger, le membre participant effectue les démarches nécessaires auprès de la mutuelle au plus tard dans les quinze (15) jours précédant la date de fin de validité de la garantie. A défaut, elle ne pourra être prorogée.

18.3 – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Les prestations mutualistes prévues par les garanties « Pack LMDE Europe » et « Pack LMDE Monde » interviennent en complément d'un remboursement par un régime de Sécurité sociale (caisse locale d'un pays de l'Espace Economique Européen ou d'un territoire d'outre-mer, Caisse des Français de l'Etranger, régime obligatoire français).

Des dispositions particulières sont prévues pour les soins nécessaires effectués hors UE/EEE et en cas de non remboursement par un régime de sécurité sociale. Dans ce cas, certaines prestations pourront être servies, sauf exclusions (se reporter à l'article.18.5 du présent règlement), selon les tarifs et les taux de remboursement Sécurité sociale applicables sur le territoire français.

Pour les séjours dans les pays de l'UE/EEE ou la Suisse, le membre participant s'engage, sauf cas de force majeure, à se procurer avant son départ, la Carte Européenne d'Assurance Maladie et à l'utiliser à chaque fois que cela est possible techniquement.

18.3.1- Soins réalisés à l'étranger (prestations y compris hospitalisation)

18.3.1-1 - Hospitalisation :

Une dispense d'avance des frais est possible sous réserve d'un accord préalable d'AXA Assistance.

L'avance des frais d'hospitalisation pour le compte de la mutuelle par AXA Assistance s'effectue à concurrence de 150 000 euros par assuré et par période de couverture.

18.3.1-2 -, Hors hospitalisation et soins externes

Pour certains soins hors hospitalisation (consultations et visites généralistes, consultations et visites spécialistes, analyses médicales, radiologie, auxiliaires médicaux), des coefficients correcteurs sont établis par pays. La base de remboursement résulte du tarif de la Sécurité sociale française affecté éventuellement de ce coefficient (tableau des coefficients détaillé en annexe 16 du présent règlement).

La dispense d'avance des frais médicaux ne s'applique pas aux soins réalisés en dehors d'une hospitalisation comportant au moins une nuitée. Le membre participant doit acquitter les soins et adresser une demande de remboursement auprès de la mutuelle.

18.3.1-3 - Prestations forfaitaires : Les prestations forfaitaires suivantes:

- Forfait contraceptif non remboursé par la sécurité sociale,
- Forfait contraception d'urgence (pilule d'urgence),
- Forfait test de grossesse,
- Forfait préservatifs féminins,
- Forfait préservatifs masculins,
- Test VIH,
- Forfait vaccins, rappels et traitements anti-paludéens non remboursés par la sécurité sociale,

- Forfait sécurité routière (éthylotests),
 - Forfait équipements de sécurité,
- peuvent être versées pour des soins effectués à l'étranger dans les conditions prévues par le présent règlement.

18.4 – CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement s'effectue au vu :

- des factures originales acquittées,
- des justificatifs originaux des sommes restant à charge et dans la limite de la dépense engagée,
- des décomptes émis par le régime obligatoire de Sécurité sociale ou par la Caisse des Français de l'Etranger.

La mutuelle se réserve le droit de réclamer si nécessaire tout autre document lui permettant le traitement du dossier.

Le remboursement des soins s'effectue exclusivement par virement bancaire sur un compte bancaire domicilié en France ou dans l'un des pays faisant partie de la zone SEPA. Le membre participant fournit un RIB lors de la souscription.

Les décomptes du membre participant sont envoyés à une adresse postale française.

Condition particulière de versement pour le forfait « vaccins, rappels et traitements antipaludéens » :

La prestation « forfait vaccins, rappels et traitements anti-paludéens » peut être servie au membre participant avant le départ à l'étranger sous réserve de remplir les deux conditions cumulatives suivantes :

- la date d'achat et la date de prescription médicale du produit pharmaceutique doivent être dispensées entre la date de souscription à la garantie Pack LMDE International et celle du départ à l'étranger,
- le produit pharmaceutique est acheté et prescrit au plus tôt un (1) mois avant le départ à l'étranger.

18.5 – EXCLUSIONS

Ne peuvent donner lieu à remboursement :

- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une autorité médicale qualifiée et qui ne serait pas prise en compte par la Sécurité sociale française (telle que savon, dentifrice, crème pour le visage, parfums...),
- les frais de traitement ou d'intervention à caractère esthétique, les cures d'engraissement et d'amincissement, l'acupuncture, les frais de téléphone, de télécopie, de télévision, de chambre particulière en cas d'hospitalisation,
- les services ou fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic et au traitement de la maladie,
- les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche, les soins d'orthodontie, les cures thermales, les bilans de santé,
- les suites et conséquences d'un accident non garanti par la prestation « soins consécutifs à un accident garanti » incluse dans les garanties LMDE,
- les conséquences de tentative de suicide,
- les événements survenus de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires sont exclus ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche,
- les frais médicaux programmés (motif du séjour uniquement médical),
- les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, de l'absorption d'alcool.

ARTICLE 19 : « LMDE INTERNATIONAL »

LMDE International est une garantie incluse :

- dans les formules de garanties « ESSENTIELLE LMDE » et « ESSENTIELLE LMDE régime local Alsace Moselle » à destination des membres participants en mobilité dans le monde pour les séjours effectués dans le cadre d'un stage (conseillé ou ordonné par l'établissement d'enseignement supérieur) ou dans le cadre d'études (programmes d'échanges universitaires) ;
- dans les formules de garanties « ZEN LMDE » et « ZEN LMDE régime local Alsace Moselle » à destination des membres participants en mobilité dans le monde pour les séjours effectués dans le cadre d'un stage (conseillé ou ordonné par l'établissement d'enseignement supérieur) ou dans le cadre d'études (programmes d'échanges universitaires) et dans le cadre de séjours touristiques.

ARTICLE 20 : GARANTIES « ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL » ALSACE-MOSELLE ET « ZEN LMDE REGIME LOCAL » ALSACE-MOSELLE

20.1 – CONDITIONS DE SOUSCRIPTION AUX GARANTIES « ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL » ALSACE-MOSELLE ET « ZEN LMDE REGIME LOCAL » ALSACE-MOSELLE

Les formules de garanties santé spécifiques « ESSENTIELLE LMDE régime local » Alsace-Moselle et « ZEN LMDE régime local » Alsace-Moselle peuvent être souscrites par tout étudiant ayant droit autonome n'atteignant pas 20 ans au cours de l'année d'adhésion considérée ainsi qu'aux étudiants salariés (y compris apprentis ou en alternance) bénéficiant du régime local Alsace-Moselle.

Lors de la demande d'adhésion, les étudiants salariés (y compris apprentis ou en alternance) doivent justifier qu'ils relèvent du régime local Alsace-Moselle au moyen d'une copie de l'attestation d'affiliation en cours de validité dudit régime.

20.2 – PERIODE DE VALIDITE :

Les formules de garanties santé spécifiques « ESSENTIELLE LMDE régime local » Alsace-Moselle et « ZEN LMDE régime local » Alsace-Moselle peuvent être souscrites pour une durée de 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17 ou 18 mois.

Toutefois, la date de fin de validité ne pourra être postérieure au 30 septembre de l'année d'adhésion considérée.

Ces garanties ne font pas l'objet d'une tacite reconduction.

L'ouverture des droits se fait selon les conditions prévues à l'article 15.1 du présent règlement.

20.3 – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE :

Les prestations mutualistes prévues par les formules de garanties santé spécifiques « ESSENTIELLE LMDE régime local » Alsace - Moselle et « ZEN LMDE régime local » Alsace-Moselle interviennent en complément d'un régime obligatoire Sécurité sociale et d'un régime local Alsace-Moselle.

Les prestations mutualistes prévues par les formules de garanties santé spécifiques « ESSENTIELLE LMDE régime local » Alsace - Moselle et « ZEN LMDE régime local » Alsace-Moselle sont décrites aux Annexes 8 et 10 du présent règlement et sont versées dans les conditions définies aux titres 1 et 2 du présent règlement.

ARTICLE 21 : GARANTIE « COMPLEMENT CMU – C LMDE »

21.1 - CONDITIONS DE SOUSCRIPTION A LA GARANTIE « COMPLEMENT CMU – C LMDE » :

Le « Complément CMU-C LMDE » est une garantie à destination des personnes entrant dans le dispositif de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire et ayant choisi la mutuelle comme organisme complémentaire gestionnaire, au titre de l'article L.861-4 b du Code de la sécurité sociale.

21.2 - PERIODE DE VALIDITE ET OUVERTURE DES DROITS :

La garantie « Complément CMU-C LMDE » peut être souscrite pour une durée de douze (12) mois.

Les dates de validité de cette garantie doivent être obligatoirement incluses dans la période de validité de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire gérée par la mutuelle, au titre de l'article L.861-4 b du Code de la sécurité sociale.

Par dérogation à l'article 15.1 du présent règlement, pour tout bulletin d'adhésion signé, le droit aux prestations prend effet le lendemain, à 0 heure, de la date de réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion, et ce, pour prendre fin à la date d'expiration de la couverture maladie universelle gérée par la mutuelle en tant qu'organisme complémentaire de la période concernée.

Cette garantie ne fait pas l'objet d'une tacite reconduction.

21.3 - CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE :

Les prestations mutualistes prévues par la garantie « Complément CMU-C LMDE » sont celles décrites à l'Annexe 15 du présent règlement mutualiste. Elles sont versées dans les conditions définies aux titres 1 et 2 du présent règlement.

ARTICLE 22 : GARANTIE « COUVERTURE ETUDIANT ETRANGER »

La garantie « Couverture Etudiant Etranger » a vocation à prendre en compte, selon les conditions et modalités précisées au présent règlement, les frais pour soins, hospitalisations ou prescriptions lorsqu'ils sont rendus nécessaires par le traitement d'affections constituées et déclarées naturellement à compter de la prise d'effet de l'adhésion.

22.1 – CONDITIONS DE SOUSCRIPTION A LA GARANTIE « COUVERTURE ETUDIANT ETRANGER » :

La garantie « Couverture Etudiant Etranger » peut être souscrite par tout étudiant arrivant sur le territoire français dans l'objectif de :

- ☐ poursuivre des études ou dans l'attente d'une inscription dans un établissement d'enseignement supérieur en France,
- ☐ effectuer un stage dans le cadre des études universitaires,
- ☐ réaliser des travaux de recherches dans le cadre des études supérieures,
- ☐ et ne pouvant bénéficier d'aucun régime de protection sociale obligatoire en France et sous réserve qu'il réside de manière temporaire sur le territoire métropolitain ou dans les départements d'Outre-Mer.

Lors de la demande d'adhésion, l'étudiant doit justifier :

- ☐ de sa qualité d'étudiant au moyen d'une copie lisible de la carte d'étudiant ou d'une inscription émanant d'une autorité de l'établissement d'enseignement supérieur,
- ☐ ou à défaut au moyen d'une copie du visa d'entrée en France portant la mention « visa étudiant » ou « étudiant – concours » ou d'une attestation de préinscription émanant de l'établissement enseignement supérieur,
- ☐ de sa qualité d'étudiant stagiaire au moyen d'une attestation ou d'une convention de stage,
- ☐ de sa qualité de chercheur au moyen d'une copie d'une attestation de chercheur.

22.2 – PERIODE DE VALIDITE ET OUVERTURE DES DROITS :

La garantie « Couverture Etudiant Etranger » peut être souscrite pour une durée de 1, 2, 3, 6, 9 ou 12 mois.

Par dérogation à l'article 15.1 du présent règlement, pour tout bulletin d'adhésion signé et réceptionné par la mutuelle :

- ☐ la garantie prend effet le lendemain de la date de réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la date d'arrivée sur le territoire français **pour l'étudiant arrivant en France entre le 01/07 et 30/09 de l'année d'adhésion considérée et dans l'attente d'une inscription dans un établissement d'enseignement supérieur**. Cependant la date de fin de validité ne peut être postérieure au 30 septembre de l'année universitaire considérée.
- ☐ la garantie prend effet le lendemain de la date de réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion et au plus tôt à la date du début de stage en France pour expirer au plus tard à la date de fin du stage pour l'étudiant stagiaire.
- ☐ dans le cas d'une prolongation de stage, les droits aux prestations sont maintenus lorsque le renouvellement d'adhésion a été effectué dans les quinze (15) jours précédant la date de fin de validité de l'adhésion. Cependant, la date de fin de validité ne peut être postérieure au 30 septembre de l'année d'adhésion considérée.
- ☐ la garantie prend effet le lendemain de la date de réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion et au plus tôt à la date du début des travaux de recherches en France pour expirer au plus tard à la date de fin des travaux de recherches pour l'étudiant effectuant des travaux de recherches.
- ☐ de même, dans le cas d'une prolongation de travaux de recherches, les droits aux prestations sont maintenus lorsque le renouvellement

d'adhésion a été effectué dans les quinze (15) jours précédant la date de fin de validité de l'adhésion. Cependant, la date de fin de validité ne peut être postérieure au 30 septembre de l'année universitaire considérée.

La garantie « Couverture Etudiant Etranger » ne fait pas l'objet d'une tacite reconduction.

L'ouverture des droits aux prestations se fait dès la prise d'effet de la garantie.

22.3 - DATES RETENUES POUR L'EXAMEN DES DROITS :

Les dates retenues pour l'examen du droit aux prestations sont :

- **La date de prescription médicale est retenue pour les prestations suivantes :**
 - pharmacie, produits et prestations remboursables au titre de l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale (LPP),
 - optique,
 - prothèse/orthopédie,
 - transport,
 - laboratoire,
 - auxiliaires médicaux.
- **La date de délivrance est retenue pour les vaccins rappels et traitements anti-paludéens ainsi que le forfait contraception non remboursée habituellement par la Sécurité sociale.**
- **La date d'exécution de l'acte est retenue pour les prestations suivantes:**
 - prothèse dentaire,
 - soins dentaires,
 - honoraires médecin généraliste ou spécialiste,
 - chirurgie sans hospitalisation,
 - actes par sage femme,
 - consultation annuelle de prévention bucco-dentaire,
 - participation assuré 18 €. Cette prestation est la participation forfaitaire mise à la charge des assurés des assurés sociaux pour certains actes affectés d'un coefficient au moins égal à 60 € ou d'un montant d'au moins 120 € (article R.322-8 du code de la Sécurité sociale). Le montant pris en charge par les garanties santé concernées est celui fixé par décret et en vigueur à la date d'exécution de l'acte.
- **La date de début de séjour est retenue pour les prestations suivantes:**
 - hospitalisation médicale et chirurgicale y compris IVG,
 - forfait journalier hospitalier. Le montant du forfait journalier hospitalier pris en charge est limité au tarif fixé par l'Assurance maladie.

22.4 – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Les prestations mutualistes prévues par la garantie « Couverture Etudiant Etranger » sont les actes médicaux listés dans le référentiel de l'Assurance Maladie Française (nomenclature générale des professionnels de santé, classification commune des actes médicaux) ou les dispositifs médicaux figurant dans la liste des produits et prestations (LPP : prestations prévues au titre de l'article L.165-1 du code de la Sécurité Sociale) de l'Assurance Maladie française. Le taux de prise en charge du remboursement est à 100% de base de remboursement de la Sécurité sociale en France.

Le versement des prestations est effectué dans la limite des sommes engagées et des sommes restant à la charge effective du membre participant.

Le remboursement du forfait journalier hospitalier lié aux risques maladie ou accident est limité à trente (30) jours par année d'adhésion selon le montant en vigueur.

22.4 -1 – Prestations maladie :

On entend par maladie ou traitement l'ensemble des actes prescrits réalisés, en une ou plusieurs fois, par un ou plusieurs praticiens, relatifs à une même pathologie ou à un même groupe d'organes.

La dentition dans son ensemble est considérée comme une seule et même pathologie.

L'adhérent fait sa demande de remboursement lorsque l'ensemble des actes prescrits a été réalisé, en faisant parvenir à la mutuelle, sous enveloppe, les originaux des feuilles de soins, des factures, des prescriptions médicales et des volets de facturation mentionnant le nom et les Codes Identifiants de Présentation (CIP) des produits pharmaceutiques ou des dispositifs médicaux émis par les professionnels de santé. Toutes les factures doivent être également acquittées.

La mutuelle se réserve le droit de réclamer si nécessaire tout autre document lui permettant le traitement du dossier.

Plafonds de prestations :

Selon la durée de la garantie souscrite par l'adhérent, le droit annuel à prestations pourra atteindre, sans toutefois pouvoir dépasser :

- 4 000 € pour la garantie 1 mois - les remboursements pour une même affection et ses suites sont limités à 10% de ce plafond,
- 8 000 € pour la garantie 2 mois - les remboursements pour une même affection et ses suites sont limités à 10% de ce plafond,
- 12 000 € pour la garantie 3 mois - les remboursements pour une même affection et ses suites sont limités à 10% de ce plafond,
- 19 000 € pour la garantie 6 mois - les remboursements pour une même affection et ses suites sont limités à 10% de ce plafond,
- 25 000 € pour la garantie 9 mois - les remboursements pour une même affection et ses suites sont limités à 10% de ce plafond,
- 31 000 € pour la garantie 12 mois - les remboursements pour une même affection et ses suites sont limités à 10% de ce plafond.

Les décomptes de prestations versées par la mutuelle au membre participant sont envoyés à une adresse postale française communiquée par

l'étudiant lors de son adhésion à la garantie « Couverture Etudiant Etranger ».

22.4-2 Exclusions :

- **N'ouvrent pas droit à remboursement les affections contractées ou déclarées ou les accidents survenus :**
 - hors du territoire métropolitain ou des départements d'Outre-Mer,
 - antérieurement à la date de la signature du bulletin d'adhésion si ces affections ou accidents ont déjà donné lieu à cette date à un diagnostic biologique ou clinique, une séro-conversion, un bilan ou des soins spécifiques. De même sont exclus les conséquences de leur chronicité, les séquelles, rechutes, infirmités ou handicaps, les inaptitudes.
- **N'ouvrent pas droit à remboursement les prestations suivantes :**
 - le traitement des troubles mentaux, névrotiques ou psychotiques, de l'anxiété, d'une dépression nerveuse,
 - les traitements à visée esthétique dont la chirurgie, l'orthodontie, le traitement de l'acné et leurs conséquences,
 - les actes, les bilans systématiques ou de dépistages, biologiques ou radiologiques, n'étant pas directement liés à une maladie ou à un accident pris en charge,
 - les prothèses et matériels suppléant ou corrigeant une fonction dont la défaillance n'est pas immédiatement vitale,
 - l'exploration et le traitement de la stérilité, les cures thermales, les actes de kinésithérapie à l'exception de ceux consécutifs à un accident ou à une hospitalisation pris en charge par la garantie,
 - les prestations non prévues au tableau récapitulatif des prestations mutualistes figurant à l'Annexe 12 relatif à la garantie « Couverture Etudiant Etranger ».

22.4-3 Prestations accident :

22.4-3.1 - Définition :

Par accident, il faut entendre « toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part du membre participant provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure ».

22.4-3.2 - Ouverture des droits :

Les conditions d'ouverture des droits sont celles prévues à l'article 22.2.

22.4-3.3 - Déclaration d'accident :

Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les cinq (5) jours à l'aide d'un formulaire adressé à la mutuelle et accompagné d'un certificat médical descriptif des blessures.

22.4-3.4 - Prestations :

Jusqu'au jour de la guérison, de la consolidation ou du décès, la mutuelle rembourse, à concurrence de 100% des bases de remboursement de la Sécurité sociale française, l'équipement optique (verres/monture), les actes médicaux réalisés par un médecin, les frais pris en charge par la garantie « Couverture Etudiant Etranger »

Cependant, les droits aux prestations doivent être ouverts à la date d'exécution de l'acte.

Les prestations ne peuvent être versées que pour les accidents garantis et survenus pendant la période d'ouverture des droits.

Seuls sont pris en charge les frais d'optique concomitants à un dommage corporel.

22.4-3.5 – Exclusions :

Sont exclus:

- les accidents survenus en dehors de la période d'ouverture de droits aux prestations accident,
- les suites d'accidents, d'infirmité dont la survenance est antérieure à la date d'effet du droit aux prestations accident,
- les accidents occasionnés par :
 - l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
 - l'aliénation mentale, les attaques de paralysie, d'apoplexie ou d'épilepsie,
 - une infirmité préexistante,
 - l'ivresse ou l'état alcoolique,
 - une tentative de suicide, l'intoxication, le malaise,
 - l'exercice d'une activité professionnelle dès lors qu'elle n'est pas conseillée ou ordonnée par l'établissement d'enseignement du membre participant,
 - la navigation aérienne en qualité de personnel navigant, l'usage d'un aéronef privé, les vols d'essai ou sur prototype,
 - les sports aériens, le saut à l'élastique, les sports aquatiques pratiqués avec ou sans un engin à moteur, les sports pratiqués avec un véhicule terrestre à moteur, la plongée sous-marine, le combat, les épreuves de sports de neige ou de glace donnant lieu à un classement international, national ou régional, les sports à titre professionnel,
 - les guerres civiles ou étrangères, les émeutes, les mouvements populaires, les actes de terrorisme ou de sabotage auxquels le membre participant ou ses ayants droit participent, les sinistres d'origine nucléaire.

Ne sont pas prises en charge également les prestations exclues décrites à l'article 22.4-2 du présent règlement.

ARTICLE 23 : GARANTIES « ETUD'EXPAT LMDE/CFE EUROPE » ET « ETUD'EXPAT LMDE/CFE MONDE »

Les garanties « Etud'Expat LMDE/CFE Europe » et « Etud'Expat LMDE/CFE Monde » sont des garanties à destination des ressortissants français assurés auprès de la Caisse des Français de l'Etranger et inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur à l'étranger ou au

CNED.

23.1 - CONDITIONS DE SOUSCRIPTION AUX GARANTIES « ETUD'EXPAT LMDE/CFE EUROPE » ET « ETUD'EXPAT LMDE/CFE MONDE » :

Ces garanties peuvent être souscrites par toute personne ayant son domicile principal en France et sous réserve qu'elle séjourne de manière temporaire en France moins de trois (3) mois poursuivant des études d'enseignement supérieur à l'étranger ou au CNED et bénéficiant du régime volontaire auprès de la Caisse des Français de l'Etranger (CFE).

Lors de l'adhésion, le membre participant doit fournir les pièces justificatives ou informations suivantes :

- ☐ une copie d'une pièce d'identité,
- ☐ une attestation d'inscription dans un établissement scolaire à l'étranger ou au CNED pour l'année en cours,
- ☐ un RIB/IBAN au nom de l'adhérent pour les versements et/ou prélèvements,
- ☐ éventuellement un 2^{ème} RIB/IBAN de banque française pour les prélèvements uniquement,
- ☐ une autorisation et une demande de prélèvement figurant sur le bulletin d'adhésion dûment complétés et signés (en cas d'intention de reconduire le contrat à l'issue du trimestre, même en cas de paiement comptant pour le 1^{er} trimestre),
- ☐ une adresse électronique valide,
- ☐ une adresse postale en France.

L'ensemble de ces éléments doit être transmis à la mutuelle dans un délai de huit (8) jours à compter de la date de la demande. A défaut de ces éléments, les prestations mutualistes ne pourront être servies.

23.2 - PERIODE DE VALIDITE ET OUVERTURE DES DROITS :

Les garanties « Etud'Expat LMDE/CFE Europe » et « Etud'Expat LMDE/CFE Monde » peuvent être souscrites pour une durée de trois (3) mois reconductible tacitement par trimestre civil.

Par dérogation à l'article 15.1 du présent règlement, pour tout bulletin d'adhésion signé et réceptionné par la mutuelle avant le 1^{er} avril de l'année d'adhésion concernée, le droit aux prestations prend effet à la date de début du séjour à l'étranger et au plus tôt le 1^{er} avril de l'année d'adhésion concernée.

Pour tout bulletin d'adhésion signé et réceptionné par la mutuelle à compter du 1^{er} avril de l'année d'adhésion concernée, le droit aux prestations prend effet au 1^{er} jour du mois en cours, sans pouvoir être antérieur à la date du début du séjour à l'étranger. Toutefois, la date de fin de validité ne pourra être postérieure au 30 septembre de l'année d'adhésion considérée.

A la date d'expiration de la garantie souscrite, l'adhésion est reconduite automatiquement pour trois (3) mois sauf dénonciation adressée par courrier postal ou électronique à la mutuelle par le membre participant avant la date d'échéance de sa garantie (la date d'envoi et/ou le cachet de la poste faisant foi).

Le membre participant doit respecter les conditions d'adhésion lors de chaque renouvellement.

La première cotisation est proratisée en fonction du trimestre civil. Pour toute adhésion prenant effet avant le 15 du mois, la cotisation est due à compter du 1^{er} du mois en cours. Pour toute adhésion prenant effet après le 15 du mois, la cotisation est due à compter du 1^{er} du mois suivant. Le membre participant doit régler la première période de sa cotisation intégralement par carte bancaire ou chèque bancaire.

Dans le cadre de la tacite reconduction, le paiement de la cotisation du trimestre à venir s'effectue exclusivement par prélèvement sur un compte bancaire domicilié en France ou dans l'un des pays faisant partie de la zone SEPA. Un échéancier est adressé au membre participant par courrier électronique (e-mail).

23.3 - CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE ET DATES RETENUES POUR L'EXAMEN DES DROITS :

Les prestations mutualistes interviennent en complément d'un régime volontaire auprès de la Caisse des Français de l'Etranger (CFE). La mutuelle et CFE se transmettent toutes les informations médicales ou administratives nécessaires à la bonne gestion des demandes de remboursement.

Les dates retenues pour l'examen du droit aux prestations sont celles visées à l'article 15.2 du présent règlement.

Le versement des prestations complémentaires LMDE est effectué dans la limite des sommes engagées et des sommes restant à la charge effective du membre participant.

23.3.1 - REGLEMENT DES PRESTATIONS DES SOINS REALISES EN FRANCE :

Les prestations mutualistes prévues par les garanties « Etud'Expat LMDE/CFE Europe » et « Etud'Expat LMDE/CFE Monde » sont prises en charge pour un séjour temporaire en France de moins de trois (3) mois consécutifs.

23.3.2- REGLEMENT DES PRESTATIONS DES SOINS REALISES A L'ETRANGER (PRESTATIONS Y COMPRIS HOSPITALISATION) :

22.3.2.1 - Hospitalisation :

Une dispense totale d'avance des frais est possible sous réserve d'un accord préalable d'AXA Assistance et si le bénéficiaire est également adhérent de la CFE.

L'avance des frais d'hospitalisation pour le compte de la mutuelle par AXA Assistance s'effectue à concurrence de 150 000 euros par assuré et par période de couverture.

23.3.2.2 - Hors hospitalisation et soins externes :

Pour les soins liés à une maladie hors hospitalisation (consultations et visites généralistes, soins dentaires, consultations et visites spécialistes, analyses médicales, radiologie, auxiliaires médicaux), des coefficients correcteurs sont établis par pays. La base de remboursement résulte du tarif de la Sécurité sociale française affecté éventuellement de ce coefficient.

La dispense d'avance des frais médicaux ne s'applique pas aux soins réalisés en dehors d'une hospitalisation sans nuitée. Le membre participant doit acquitter les soins et adresser une demande de remboursement auprès de la mutuelle.

23.4 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS :

Le remboursement s'effectue au vu des factures originales acquittées et des feuilles de soins spécifiques LMDE/CFE.

Ces justificatifs doivent être accompagnés de la copie d'une attestation d'adhésion LMDE/CFE.

La mutuelle se réserve le droit de réclamer si nécessaire tout autre document lui permettant le traitement du dossier.

Le remboursement des soins s'effectue exclusivement par virement bancaire sur un compte bancaire domicilié en France ou dans l'un des pays faisant partie de la zone SEPA. Le membre participant fournit un RIB lors de la souscription.
Les décomptes du membre participant sont envoyés à une adresse postale française.

23.5 - EXCLUSIONS :

Ne peuvent donner lieu à remboursement complémentaire de la mutuelle :

- **toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une autorité médicale qualifiée et qui ne serait pas prise en compte par la Sécurité sociale française (telle que savon, dentifrice, crème pour le visage, parfums...)**
- **les frais de traitement ou d'intervention à caractère esthétique, les cures d'engraissement et d'amincissement,**
- **l'acupuncture,**
- **les frais de téléphone, de télécopie, de télévision, de chambre particulière en cas d'hospitalisation,**
- **les services ou fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic et au traitement de la maladie,**
- **les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche,**
- **les soins d'orthodontie,**
- **les cures thermales,**
- **les bilans de santé,**
- **les suites et conséquences d'un accident non garanti par la prestation « soins consécutifs à un accident garanti » incluse dans les garanties de la mutuelle,**
- **les conséquences de la tentative de suicide,**
- **les événements survenus de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires sont exclus ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche,**
- **les frais médicaux programmés (motif du séjour uniquement médical),**
- **les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, de l'absorption d'alcool.**

ARTICLE 24 : GARANTIE « Foreign Student Healthcare »

24.1 – CONDITIONS DE SOUSCRIPTION A LA GARANTIE « FOREIGN STUDENT HEALTHCARE »

La garantie « **Foreign Student Healthcare** » peut être souscrite par tout étudiant dont le domicile principal est situé en France et inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur en France et affilié à un régime obligatoire de Sécurité sociale en France ou à l'étranger.

24.2 – PERIODE DE VALIDITE DE LA GARANTIE « FOREIGN STUDENT HEALTHCARE » ET OUVERTURE DES DROITS :

Par dérogation à l'article 15 du présent règlement les règles d'ouverture des droits aux prestations de « Foreign Student Healthcare » sont les suivantes :

La garantie « Foreign Student Healthcare » peut être souscrite pour une durée de 3, 4, 5, 6, 7, 8, ou 9 mois.

Pour tout bulletin d'adhésion signé et réceptionné à compter du 1^{er} avril de l'année d'adhésion concernée, le droit aux prestations prend effet le lendemain de la date de réception du BA.

Dans tous les cas, la date de fin de validité ne pourra être postérieure au 30 septembre de l'année n+1.

Cette garantie ne fait pas l'objet d'une tacite reconduction.

En cas de prolongation du séjour en France, le membre participant effectue les démarches nécessaires auprès de la mutuelle au plus tard dans les quinze (15) jours précédant la date de fin de validité de la garantie. A défaut, elle ne pourra être prorogée.

24.3 – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

L'assemblée générale de la mutuelle définit les prestations mutualistes et les cotisations afférentes.

Les cotisations et prestations des différentes garanties sont détaillées aux Annexes 1 à 15 du présent règlement. Les taux des prestations mutualistes s'appliquent sur les bases de remboursement et les taux de remboursement de la Sécurité sociale française en vigueur à la date de l'assemblée générale annuelle de la mutuelle, compétente en la matière.

Sauf décision contraire de l'assemblée générale de la mutuelle, la modification desdits bases et taux ou de la nomenclature et référentiel des actes professionnels au cours de l'année d'adhésion considérée est sans incidence sur le montant des prestations et des cotisations mutualistes.

De même, sauf décision contraire de l'assemblée générale de la mutuelle, la modification des taux ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale française ou de la nomenclature et du référentiel des actes professionnels au cours de l'année d'adhésion considérée est sans incidence sur les taux des prestations mutualistes et le montant des cotisations mutualistes.

Seuls donnent lieu à remboursement les soins pour lesquels la date retenue pour l'examen du droit aux prestations mutualistes se situe pendant

la période d'ouverture des droits.

24.4 – CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement s'effectue au vu :

- des factures originales acquittées,
- des justificatifs originaux des sommes restant à charge et dans la limite de la dépense engagée,
- des décomptes émis par le régime obligatoire de Sécurité sociale

La mutuelle se réserve le droit de réclamer si nécessaire tout autre document lui permettant le traitement du dossier.

Le remboursement des soins s'effectue exclusivement par virement bancaire sur un compte bancaire domicilié en France ou dans l'un des pays faisant partie de la zone SEPA. Le membre participant fournit un RIB lors de la souscription.

Les décomptes du membre participant sont envoyés à une adresse postale française.

24.5 – EXCLUSIONS

Ne peuvent donner lieu à remboursement :

- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une autorité médicale qualifiée et qui ne serait pas prise en compte par la Sécurité sociale française (telle que savon, dentifrice, crème pour le visage, parfums...),
- les frais de traitement ou d'intervention à caractère esthétique, les cures d'engraissement et d'amincissement, l'acupuncture, les frais de téléphone, de télécopie, de télévision, de chambre particulière en cas d'hospitalisation,
- les services ou fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic et au traitement de la maladie,
- les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche, les soins d'orthodontie, les cures thermales, les bilans de santé,
- les suites et conséquences d'un accident non garanti par la prestation « soins consécutifs à un accident garanti » incluse dans les garanties LMDE,
- les conséquences de tentative de suicide,
- les événements survenus de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires sont exclus ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche,
- les frais médicaux programmés (motif du séjour uniquement médical),
- les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, de l'absorption d'alcool.

ARTICLE 25 : INFORMATIONS RELATIVES AUX PRESTATIONS INCLUSES DANS CERTAINES GARANTIES DE LA MUTUELLE ET ASSUREES PAR UN AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE

25.1 Le contrat de « **Protection Juridique** » est un contrat d'assurance collectif, souscrit par la Mutuelle, au profit de certains de ses membres participants et leurs ayants-droit, dont les prestations sont assurées, dans les conditions et limites prévues dans la notice d'information, par JURIDICA, Société Anonyme au capital de 14 627 854,68 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Versailles, sous le numéro 572 079 150, dont le siège social est sis 1, place Victorien Sardou, 78160 Marly le Roi, Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution, 61 Rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

Une notice d'information, relative au détail de ces prestations, leurs dates de prises d'effet, leurs modalités de mise en œuvre et les exclusions, est jointe à l'ANNEXE 16, et est disponible sur www.lmde.fr ou en accueil LMDE.

25.2 Le contrat de « **Responsabilité Vie privée – Vie étudiante et individuelle accident** » est un contrat d'assurance collectif, souscrit par la Mutuelle, au profit de certains de ses membres participants et leurs ayants-droit, dont les prestations sont assurées, dans les conditions et limites prévues dans la notice d'information, par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex et AXA Assurances IARD Mutuelle, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro 775 699 309, dont le siège social est sis 313, Terrasses de l'Arche 93727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 Rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

Une notice d'information, relative au détail de ces prestations, leurs dates de prises d'effet, leurs modalités de mise en œuvre et les exclusions, est jointe à l'ANNEXE 17, et est disponible sur www.lmde.fr ou en accueil LMDE.

25.3 Le contrat « **Complète de l'étudiant** » est un contrat d'assurance collectif, souscrit par la Mutuelle, au profit de certains de ses membres participants et leurs ayants-droit, dont les prestations sont assurées, dans les conditions et limites prévues dans la notice d'information, par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex et AXA Assurances IARD Mutuelle, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro 775 699 309, dont le siège social est sis 313, Terrasses de l'Arche 93727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution, 61 Rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

Une notice d'information, relative au détail de ces prestations, leurs dates de prises d'effet, leurs modalités de mise en œuvre et les exclusions, est jointe à l'ANNEXE 18, et est disponible sur www.lmde.fr ou en accueil LMDE.

25.4 Les prestations « **Frais de soins et Assistance à l'international** » et « services à la personne » sont assurées par Inter Partner Assistance, Société anonyme de droit belge, au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n°0487, immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 0415.591.055, dont le siège social est situé Avenue Louise 166 BP 1 – 1050 Bruxelles –Belgique, prise au travers de sa succursale française AXA Assistance immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre et située 6, rue André Gide – 92320 Châtillon. ».

25.5 Le service « **Téléconsultation médicale** » est un contrat d'assurance collectif, souscrit par la Mutuelle, au profit de certains de ses membres participants et leurs ayants-droit, dont les prestations sont assurées, dans les conditions et limites prévues dans la notice d'information, par AXA France Vie, Société anonyme au capital de 487 725 073,50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 310 499 959, dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre, Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 Rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

Une notice d'information, relative au détail de ces prestations, leurs dates de prises d'effet, leurs modalités de mise en œuvre et les exclusions,

est jointe à l'ANNEXE 19, et est disponible sur www.lmde.fr ou en accueil LMDE.

25.6 La garantie « **Assistance santé à domicile** » est une garantie souscrite par la mutuelle au profit de certains de ses membres participants et leurs ayants droit, dont les prestations sont assurées, dans les conditions et limites prévues dans la notice d'information, par IMA Assurances, Société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, Entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est situé 118, avenue de Paris, 79000 Niort, immatriculée au RCS de Niort sous le numéro 481 511 632 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taibout, 75436 Paris Cedex 09,

Une notice d'information relative au détail de ces prestations, leurs dates de prises d'effet, leurs modalités de mise en œuvre et les exclusions, est jointe à l'ANNEXE 21, et est disponible sur www.lmde.fr ou en accueil LMDE.

Les prestations incluses dans certaines complémentaires santé LMDE et assurées par d'autres organismes d'assurance sont indissociables de la garantie principale souscrite.

Ces prestations donnent lieu à une quote-part de cotisation dont le montant est défini pour chacune des garanties concernées dans les tableaux des cotisations annexés au présent règlement mutualiste.

25.7 La garantie « **Réseau de soins ITELIS** » est une garantie souscrite par la mutuelle au profit de certains de ses membres participants et leurs ayants droit, dont les prestations sont assurées, dans les conditions et limites prévues dans la notice d'information, par ITTELIS, Société anonyme à Directoire et Conseil de surveillance au capital de 5 452 135,92 euros dont le siège social est situé au 218 avenue Jean Jaurès – 75019 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 440 358 471, mandataire d'assurances immatriculé à l'ORIAS sous le numéro 10058758.

TITRE 3 : ACTIONS SOLIDAIRES ET SOCIALES

ARTICLE 26 : ALLOCATION MUTUALISTE DE SOLIDARITE

26.1- OBJET :

Une allocation mutualiste de solidarité est servie aux membres participants et à leurs ayants droit dans les conditions déterminées ci-après.

L'allocation mutualiste de solidarité est un fonds de secours de caractère exceptionnel à la disposition de tout membre participant ou de ses ayants droit, sans distinction d'âge, de sexe ou de nationalité.

Elle peut être sollicitée pour des frais médicaux occasionnés par une maladie, un accident ou un traitement médical. Elle ne peut être, en aucun cas, un fonds d'assistance.

C'est une prestation individuelle dont le montant est variable selon le caractère des soins subis.

26.2- BENEFICIAIRES :

- Le membre participant de La Mutuelle Des Etudiants,
- Ses ayants droit cotisants ou non cotisants.

Ces qualités s'apprécient à la date retenue pour l'examen du droit aux prestations maladie / maternité.

26.3- CONSTITUTION DU DOSSIER :

La demande d'allocation mutualiste de solidarité doit obligatoirement comporter :

- une lettre motivée,
- l'imprimé de demande d'allocation dûment renseigné,
- la justification des dépenses supportées ou le devis du praticien,
- la justification de l'ensemble des remboursements perçus (décompte de remboursement Sécurité sociale ou refus de prestations sécurité sociale, etc.),
- les justificatifs des charges et ressources personnelles (avis d'imposition, etc.) ou à défaut, du foyer fiscal auquel le membre participant ou ses ayants droit sont rattachés.

Le dossier ne peut être accepté que s'il est reçu par la mutuelle dans un délai de trois (3) mois suivant la date des soins.

Un dossier incomplet sera renvoyé à l'adhérent. Les pièces complémentaires devront être fournies dans un délai maximum de six (6) mois, sous peine de caducité du dossier de demande.

26.4- CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

Le montant de l'allocation est arrêté sur examen du dossier social et du dossier médical du membre participant ou de ses ayants droit, sous couvert du respect des règles qui régissent le secret médical, par la commission d'attribution.

Le conseil d'administration crée une commission d'attribution composée d'administrateurs et de délégués de l'assemblée générale chargée de statuer sur les demandes d'allocation mutualiste de solidarité qui lui sont présentées et en fin d'exécution de sa mission, d'informer le conseil d'administration de l'évolution générale des secours accordés aux membres participants ou à leurs ayants droit.

Son fonctionnement est placé sous la responsabilité du Président de La Mutuelle des Etudiants.

La commission d'attribution de la mutuelle a tous pouvoirs pour accepter, refuser ou limiter les demandes qui lui sont présentées après avis du président de la section locale. Ses décisions ne peuvent faire l'objet d'aucune réclamation.

L'attribution de l'allocation interviendra après versement des prestations de Sécurité sociale et des prestations mutualistes.

La détermination du montant de l'allocation mutualiste solidarité devra prendre en compte toutes les ressources auxquelles le membre participant ou ses ayants-droit peuvent prétendre (Fonds de Solidarité Universitaire, ...).

Le total des prestations accordées ne pourra pas excéder le montant des frais réellement supportés par le membre participant ou ses ayants droit.

26.5 - CAS PARTICULIERS :

DEVIS :

Le dossier de demande d'allocation mutualiste de solidarité est, dans ce cas, constitué par le membre participant ou ses ayants-droit avant que ceux-ci aient subi des soins.

La constitution du dossier se fait dans les conditions habituelles.

En ce qui concerne le dossier médical, le membre participant ou ses ayants-droit fournit un devis du praticien ou de l'établissement qui indique le montant des frais à engager pour les soins envisagés.

Toutefois, l'allocation mutualiste solidarité ne pourra être versée que sur présentation des factures définitives acquittées.

La commission d'attribution se réserve le droit de modifier l'attribution, lors du règlement, si les factures présentées ne sont pas conformes au devis.

Si le membre participant ou ses ayants droit n'ont pas subi les soins prévus dans un délai de six (6) mois suivant la date du devis ou s'ils n'ont pas séjourné dans l'établissement initialement choisi, l'acceptation de l'attribution pourra être caduque.

PAIEMENT DIRECT A L'ETABLISSEMENT DE SOINS :

De façon exceptionnelle, si le membre participant ou ses ayants-droit se trouvent dans l'incapacité de régler la facture qui leur est présentée par l'établissement de soins dans lequel ils ont séjourné, La Mutuelle Des Etudiants peut verser directement à cet établissement, sur la demande expresse du membre participant ou de ses ayants-droit, le montant accepté par la commission d'attribution.

26.6- DISPOSITIONS FINANCIERES :

FINANCEMENT :

L'allocation mutualiste de solidarité est financée par un prélèvement sur les fonds disponibles de La Mutuelle Des Etudiants.

Chaque année, l'assemblée générale de la mutuelle détermine le montant du fonds alloué à l'allocation mutualiste de solidarité.

La commission d'attribution, après accord du Président de La Mutuelle Des Etudiants, règle les dossiers de demande acceptés sur le fonds national, jusqu'à épuisement de la dotation annuelle.

PAIEMENT :

La demande d'allocation est conservée au niveau national avec les pièces justificatives des dépenses et des remboursements.

ARTICLE 27 : FONDS DE SECOURS ETUDES « MUTEXAM »

27.1 - OBJET :

Un fonds de secours études est servi aux membres participants et à leurs ayants droit dans les conditions déterminées ci-après.

Le fonds de secours études est une allocation mutualiste de caractère exceptionnel à la disposition de tout membre participant ou de ses ayants droit, sans distinction d'âge, de sexe ou de nationalité.

Il peut être sollicité pour contribuer aux frais de réinscription du membre participant ou de ses ayants droit mutualistes, à une seconde année d'études identique à celle effectuée en cas de non présentation aux examens universitaires ou scolaires de fin d'année auxquels ils sont régulièrement inscrits à la suite d'un accident, du décès d'un parent ou d'une maladie.

Il ne peut être, en aucun cas, un fonds d'assistance. C'est une prestation individuelle dont le montant est variable.

27.2- BENEFICIAIRES :

- Le membre participant de La Mutuelle Des Etudiants,
- Ses ayants droit cotisants ou non cotisants.

Ces qualités s'apprécient à la date des examens de fin d'année (session finale ou session de rattrapage ou dates de contrôles continus).

27.3- CONSTITUTION DU DOSSIER :

La demande de fonds de secours études doit obligatoirement comporter :

- une lettre motivée,
- les justificatifs des charges et ressources personnelles (avis d'imposition, etc.) ou à défaut, du foyer fiscal auquel le membre participant ou ses ayants droit sont rattachés,
- les justificatifs des frais liés au redoublement,
- l'imprimé de demande de fonds de secours études dûment renseigné, accompagné des justificatifs suivants,
 - ❖ en cas d'accident :
 - un certificat médical descriptif des blessures,
 - un certificat médical constatant l'incapacité physique de passer les examens,
 - en cas d'hospitalisation consécutive à un accident, le bulletin d'entrée et de sortie de l'hôpital ou de la clinique,
 - ❖ en cas de maladie :
 - un certificat médical constatant l'incapacité physique de passer les examens et précisant le motif,
 - en cas d'hospitalisation consécutive à une maladie, un bulletin d'entrée et de sortie de l'établissement d'hospitalisation mentionnant l'éventuel acte opératoire ainsi qu'un certificat médical indiquant la cause de l'hospitalisation,

- ❖ en cas de décès d'un parent dans les 90 jours précédant la session d'examen finale ou de rattrapage (père, mère, conjoint - ni divorcé, ni séparé de corps, enfant, frère, sœur) :

- un certificat de décès,

- une pièce d'état civil précisant le lien de parenté (livret de famille, etc...).

La Mutuelle Des Etudiants se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires nécessaires à l'étude du dossier.

Sauf cas de force majeure, le dossier ne peut être accepté que s'il est reçu par la mutuelle dans un délai de deux (2) mois suivant la session finale d'examens et/ou la session de rattrapage auxquelles le membre de la mutuelle n'a pu se présenter.

Un dossier incomplet sera renvoyé à l'adhérent. Les pièces complémentaires devront être fournies dans un délai maximum de six (6) mois, sous peine de caducité du dossier de demande.

27.4- CONDITION D'ATTRIBUTION :

Le montant alloué est arrêté sur examen du dossier social et du dossier médical du membre participant ou de ses ayants droit, sous couvert du respect des règles qui régissent le secret médical, par la commission d'attribution de la mutuelle.

Le conseil d'administration crée une commission d'attribution composée d'administrateurs et de délégués de l'assemblée générale chargée de statuer sur les demandes de fonds de secours études MUTEXAM qui lui sont présentées et en fin d'exécution de sa mission, d'informer le conseil d'administration de l'évolution générale des secours accordés aux membres participants ou à leurs ayants droit.

Son fonctionnement est placé sous la responsabilité du Président de La Mutuelle Des Etudiants.

La commission d'attribution de la mutuelle a tous pouvoirs pour accepter, refuser ou limiter les demandes qui lui sont présentées après avis du président de la section locale. Ses décisions ne peuvent faire l'objet d'aucune réclamation.

La détermination du montant du fonds de secours études MUTEXAM devra prendre en compte toutes les ressources auxquelles le membre participant ou ses ayants-droit peuvent prétendre.

Le montant accordé ne pourra pas excéder le montant des frais réellement supportés par le membre participant ou ses ayants droit.

Dans tous les cas, le montant alloué ne sera versé qu'après réinscription dans une seconde année d'études identique à celle effectuée (année de redoublement), sur présentation des justificatifs de réinscription.

La mutuelle se réserve le droit de récupérer le montant alloué si le membre de la mutuelle abandonne ses études et/ou s'il ne se présente pas aux examens sauf cas de force majeure.

27.5- DISPOSITION FINANCIERES :

FINANCEMENT :

Le fonds de secours études MUTEXAM est financé par un prélèvement sur les fonds disponibles de La Mutuelle Des Etudiants.

Chaque année l'assemblée générale de la mutuelle détermine le montant du fonds alloué au fonds de secours études.

La commission d'attribution de la mutuelle, après accord du Président de La Mutuelle Des Etudiants, règle les dossiers de demande acceptés sur le fonds national, jusqu'à épuisement de la dotation annuelle.

PAIEMENT :

La demande de fonds de secours études MUTEXAM est conservée au niveau national avec les pièces justificatives s'y rapportant.

ARTICLE 28 : FONDS D'AIDE A LA COMPENSATION DU HANDICAP

28.1- OBJET :

Un fonds d'aide à la compensation du handicap est mis à la disposition de tout membre participant ou de ses ayants droit, sans distinction d'âge, de sexe ou de nationalité dans les conditions déterminées ci-après.

Ce fonds de secours de caractère exceptionnel peut être sollicité pour des aides techniques rendues nécessaires par une situation de handicap tel que défini par la Loi. Il ne peut être, en aucun cas, un fonds d'assistance.

L'aide financière octroyée constitue une prestation individuelle dont le montant est variable selon le caractère des aides techniques nécessaires.

28.2- BENEFICIAIRES :

- Le membre participant de La Mutuelle Des Etudiants,
- Ses ayants droit cotisants ou non cotisants.

Ces qualités s'apprécient à la date de la facturation des aides techniques.

28.3- CONSTITUTION DU DOSSIER :

28.3.1- Adhérents ayant déposé une demande de prestation de compensation du handicap auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées :

La demande d'aide doit obligatoirement comporter :

- ✓ une lettre motivée,
- ✓ l'imprimé de demande d'aide LMDE dûment renseigné,
- ✓ la décision de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

28.3.2- Adhérents bénéficiant de l'allocation compensatrice pour tierce personne :

La demande d'aide doit obligatoirement comporter :

- ✓ une lettre motivée,
- ✓ l'imprimé de demande d'aide de la LMDE dûment renseigné,
- ✓ le justificatif d'attribution de l'allocation compensatrice pour tierce personne,
- ✓ la justification des dépenses supportées ou le devis du praticien,
- ✓ la justification de l'ensemble des remboursements perçus (décompte de remboursement Sécurité sociale ou refus de prestations sécurité sociale, etc.),
- ✓ les justificatifs des charges et ressources personnelles (avis d'imposition, etc.) ou à défaut, du foyer fiscal auquel le membre participant ou ses ayants droit sont rattachés.

Le dossier ne peut être accepté que s'il est reçu par la mutuelle dans un délai de trois (3) mois suivant la date de réalisation des prestations non sanitaires ou la date des soins.

Tout dossier incomplet sera renvoyé à l'adhérent. Les pièces complémentaires devront être fournies dans un délai maximum de six (6) mois, sous peine de caducité du dossier de demande.

28.4- CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

Le montant de l'aide est arrêté par la commission d'attribution.

Le conseil d'administration crée une commission d'attribution composée d'administrateurs et de délégués de l'assemblée générale chargée de statuer sur les demandes d'aide à la compensation du handicap qui lui sont présentées et en fin d'exécution de sa mission, d'informer le conseil d'administration de l'évolution générale des aides accordées aux membres participants ou à leurs ayants droit. A ces administrateurs et délégués, le conseil d'administration peut décider d'adjoindre, à titre consultatif, au maximum deux membres présentant des compétences particulières et n'étant ni administrateurs, ni délégués.

Son fonctionnement est placé sous la responsabilité du Président de La Mutuelle Des Etudiants.

La commission d'attribution de la mutuelle a tous pouvoirs pour accepter, refuser ou limiter les demandes qui lui sont présentées après avis du président de la section locale. Ses décisions ne peuvent faire l'objet d'aucune réclamation.

L'attribution de l'aide interviendra après versement éventuel des prestations de Sécurité sociale et des prestations mutualistes.

La détermination du montant de l'aide devra prendre en compte toutes les ressources auxquelles le membre participant ou ses ayants droit peuvent prétendre (Fonds de Solidarité Universitaire, ...).

Le total des prestations accordées ne pourra pas excéder le montant des frais réellement supportés par le membre participant ou ses ayants droit.

28.5- CAS PARTICULIERS :

DEVIS :

Le dossier de demande d'aide est, dans ce cas, constitué par le membre participant ou ses ayants droit avant que ceux-ci aient bénéficié des aides techniques.

La constitution du dossier se fait dans les conditions habituelles.

L'étudiant fournit un devis du praticien, de l'établissement ou du fournisseur qui indique le montant des frais à engager.

Toutefois, l'aide ne pourra être versée que sur présentation des factures définitives acquittées.

La commission d'attribution se réserve le droit de modifier l'attribution, lors du règlement, si les factures présentées ne sont pas conformes au devis.

Si le membre participant ou ses ayants droit n'ont pas bénéficié des aides techniques prévues dans un délai de six (6) mois suivant la date du devis, l'acceptation de l'attribution pourra être caduque.

PAIEMENT DIRECT A LA MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES, A L'ETABLISSEMENT DE SOINS OU AU FOURNISSEUR.

Si le membre participant ou ses ayants-droit se trouvent dans l'incapacité de régler la facture qui leur est présentée, La Mutuelle des Etudiants peut verser directement à la Maison Départementale des Personnes Handicapées ou éventuellement à l'établissement de soins ou au fournisseur le montant accepté par la commission d'attribution, sur demande expresse du membre participant ou de ses ayants droit.

28.6- DISPOSITION FINANCIERES :

FINANCEMENT :

Le fonds d'aide à la compensation du handicap est financé par un prélèvement sur les fonds disponibles de La Mutuelle Des Etudiants.

Chaque année, l'assemblée générale de la mutuelle détermine le montant alloué au fonds d'aide à la compensation du handicap.

La commission d'attribution, après accord du Président de La Mutuelle Des Etudiants, règle les dossiers de demande acceptés sur le fonds national, jusqu'à épuisement de la dotation annuelle.

PAIEMENT :

La demande d'aide est conservée au niveau national avec les pièces justificatives des dépenses et des remboursements.

TITRE 4 : ANNEXES

ANNEXE 1 : « ASSURANCE DE L'ETUDIANT »

	Cotisations 2018/2019 TTC Garanties et services liés à la garantie inclus	
ADE	15 mois	12 mois
Adulte	21,25 €	17,00 €
Enfant ayant droit (- de 18 ans)	21,25 €	17,00 €

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/07/2018

ASSURANCE DE L'ETUDIANT	
Responsabilité Civile (1)	OUI
Individuelle Accident (1)	OUI
Soins consécutifs à un accident garanti	OUI
Fonds de secours études (MUTEXAM) (2)	OUI
Allocation Mutualiste de Solidarité (2)	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (2)	OUI
Informations juridiques par téléphone (1)	OUI

(1) Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants-droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".

(2) Toutes les informations sur les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le présent Règlement Mutualiste

ANNEXE 2 : « PLUS ÉTUDIANT »

Cotisations 2018/2019 TTC Garanties et services liés à la garantie inclus	
PLUS ETUDIANT	12 mois
Adulte	36,00€
Enfant ayant droit (- de 18 ans)	18,00€

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/10/2018

PLUS ETUDIANT	REMBOURSEMENTS		
	Sécurité sociale (TRSS)	LMDE	TOTAL (Sécurité sociale+LMDE) (*)
PREVENTION			
Consultation annuelle de prévention bucco-dentaire	70%	30%	100%
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (1)	-	55€ / an (13,75€ / trimestre)	55€ / an (13,75€ / trimestre)
Contraception d'urgence (1)	-	10€ / an	10€ / an
Test de grossesse (1)	-	10€ / an	10€ / an
Préservatifs masculins - féminins (1)	-	10€ / an - 10 € / an	10€ / an - 10 € / an
Substituts nicotiniques (1)	néant ou 150€/an	90€ / an (2 forfaits de 45 € / an)	90€ ou 240 € / an
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	90€ / an	90€ / an
Forfait sécurité routière (éthylotests) (2)	-	10€ / an	10€ / an
Forfait équipements de sécurité (3)	-	10€ / an	10€ / an
Forfait protections auditives (bouchons d'oreilles) (4)	-	10€ / an	10€ / an
PRESTATIONS SOLIDARITE			
Allocation Mutualiste de Solidarité (5)	-	Oui	Oui
Fonds d'aide à la compensation du handicap (5)	-	Oui	Oui
Fonds de secours études MUTEXAM (5)	-	Oui	Oui
AUTRE PRESTATION			
Soins consécutifs à un accident garanti (6)	15% à 100% selon type de soins	100%	100%

(*) Les taux de remboursement incluent le remboursement Sécurité sociale et sont exprimés en pourcentage du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale). Les montants des prestations forfaitaires indiqués sont ceux des garanties LMDE 12 mois sauf indication contraire.

(1) Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée. Pour le forfait « arrêt tabac », remboursement également sur présentation d'un décompte de Sécurité sociale. Les substituts nicotiniques, s'ils sont prescrits et figurant sur la liste des substituts nicotiniques pris en charge, sont remboursés par la Sécurité sociale à hauteur de 150 €/an. La participation de la mutuelle est limitée à 90 €/an, participation ou non de la Sécurité sociale. Pour les garanties infra-annuelles, le montant du forfait est modulé en fonction de la durée de la garantie souscrite (se reporter au tableau des prestations forfaitaires).

(2) Forfait sécurité routière versé pour l'achat d'éthylotests répondant aux normes de sécurité en vigueur. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(3) Forfait équipements de sécurité versé pour l'achat de tout équipement obligatoire ou recommandé par la législation en vigueur destiné à la pratique sportive ou de loisir d'engins roulants non motorisés (roller, vélo, ...) et répondant aux normes de sécurité en vigueur. Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée. Le remboursement des achats effectués sur Internet, au titre de la garantie santé LMDE, ne peut intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(4) Forfait versé pour l'achat des protections auditives (jetables, réutilisables ou moulées). Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée ; la prise en charge par la mutuelle des dispositifs médicaux est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(5) Toutes les informations sur les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le présent Règlement Mutualiste.

(6) Est considéré comme un accident toute atteinte corporelle non intentionnelle et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Soins consécutifs à un accident garanti : acte réalisé par un médecin, équipement optique (verres, monture), soins médicaux

ANNEXE 3 : « PLUS LMDE »

Cotisations 2018/2019 TTC Garanties et services liés à la garantie inclus		
PLUS LMDE	15 mois	12 mois
Adulte	61,80€	49,40€
Enfant ayant droit (- de 18 ans)	38,80€	31,00€

TABEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/10/2018

PLUS LMDE	REMBOURSEMENTS		
	Sécurité sociale (TRSS)	LMDE	TOTAL (Sécurité sociale +LMDE) (*)
PREVENTION			
Consultation annuelle de prévention bucco-dentaire	70%	30%	100%
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (1)	-	55€ / an (13,75€ / trimestre)	55€ / an (13,75€ / trimestre)
Contraception d'urgence (1)	-	10€ / an	10€ / an
Test de grossesse (1)	-	10€ / an	10€ / an
Préservatifs masculins - féminins (1)	-	10€ / an - 10€ / an	10€ / an - 10€ / an
Substituts nicotiniques (2)	néant ou 150€/an	90€ / an (2 forfaits de 45 € / an)	90 € ou 240 € / an
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	90€ / an	90€ / an
Forfait sécurité routière (éthylotests) (3)	-	10€ / an	10€ / an
Forfait équipements de sécurité (casque vélo...) (4)	-	10€ / an	10€ / an
Forfait protections auditives (bouchons d'oreilles) (5)	-	10€ / an	10€ / an
PRESTATIONS SOLIDARITE			
Allocation Mutualiste de Solidarité (6)	-	Oui	Oui
Fonds d'aide à la compensation du handicap (6)	-	Oui	Oui
Fonds de secours études (MUTEXAM) (6)	-	Oui	Oui

AUTRE PRESTATION			
Soins consécutifs à un accident garanti (7)	-	100%	100%
ASSURANCES			
Responsabilité Civile (8)	-	Oui	Oui
Individuelle Accident (8)	-	Oui	Oui
Informations juridiques par téléphone (8)	-	Oui	Oui

(*) Les taux de remboursement incluent le remboursement Sécurité sociale et sont exprimés en pourcentage du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale). Les montants des prestations forfaitaires indiqués sont ceux des garanties LMDE 12 mois sauf indication contraire.

(1) Le versement de ce forfait s'effectue sur présentation d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisés. Le forfait contraception d'urgence, le test de grossesse, les préservatifs masculins et féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin ; il couvre les éventuels risques directs ou indirects du membre participant. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement forfaitaire fractionnable par année universitaire et par personne, dans la limite des sommes déboursées.

(2) Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée. Pour le forfait « arrêt tabac », remboursement également sur présentation d'un décompte de Sécurité sociale. Les substituts nicotiniques, s'ils sont prescrits et figurant sur la liste des substituts nicotiniques pris en charge, sont remboursés par la Sécurité sociale à hauteur de 150 € /an. La participation de la mutuelle est limitée à 90 € / an, participation ou non de la Sécurité sociale.

(3) Forfait sécurité routière versé pour l'achat d'éthylotests répondant aux normes de sécurité en vigueur. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(4) Forfait équipements de sécurité versé pour l'achat de tout équipement obligatoire ou recommandé par la législation en vigueur destiné à la pratique sportive ou de loisir d'engins roulants non motorisés (roller, vélo, ...) et répondant aux normes de sécurité en vigueur. Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée. Le remboursement des achats effectués sur Internet, au titre de la garantie santé LMDE, ne peut intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(5) Forfait versé pour l'achat des protections auditives (jetables, réutilisables ou moulées). Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée ; la prise en charge par la mutuelle des dispositifs médicaux est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(6) Toutes les informations sur les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le Règlement Mutualiste

(7) Est considéré comme un accident toute atteinte corporelle non intentionnelle et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Soins consécutifs à un accident garanti : acte réalisé par un médecin, équipement optique (verres, monture), soins médicaux.

(8) Prestations dont le risque est porté par AXA France IARD, Société Anonyme régie par le Code des Assurances, au capital de 214 799 030 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 722 057 460 et AXA Assurances IARD Mutuelle, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers – SIREN 775699309 – dont les sièges sociaux sont sis 313, Terrasses de l'arche 93727 Nanterre Cedex, entreprises régies par le Code des assurances. Se reporter à la notice d'information AXA relative aux garanties « Complète de l'Etudiant ».

ANNEXE 4 : « HOSPI LMDE »

Cotisations 2018/2019 TTC Garanties et services liés à la garantie inclus														
HOSPI LMDE	18 mois	17 mois	16 mois	15 mois	14 mois	13 mois	12 mois	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois
Adulte	88.20 €	83.30 €	78.40 €	73.50 €	68.60 €	63.70 €	58.80 €	44.10 €	39.20 €	34.30 €	29.40 €	24.50 €	19.60 €	14.70 €
Enfant ayant droit (- de 18 ans)	46.98 €	44.37 €	41.76 €	39.15 €	36.54 €	33.93 €	31.32 €	23.49 €	20.88 €	34.30 €	29.40 €	24.50 €	19.60 €	14.70 €

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/10/2018

HOSPI LMDE	Remboursements		
	Sécurité sociale TRSS	LMDE	TOTAL (Sécurité sociale + LMDE) (*) (***)
HOSPITALISATION COURT SEJOUR, SOINS DE SUITE ET READAPTATION			
Honoraires médicaux (DPTAM**)	80%	20%	100%
Honoraires médicaux (hors DPTAM**)	80%	20%	100%
Honoraires chirurgicaux (DPTAM**)	80%	20%	100%
Honoraires chirurgicaux (hors DPTAM**)	80%	20%	100%
Frais de séjour, durée illimitée	80%	20%	100%
Frais de transport	65%	35%	100%
Forfait journalier hospitalier, durée illimitée	-	20 € / jour	20 € / jour
Forfait journalier hospitalier psychiatrique, durée illimitée	-	15 € / jour	15 € / jour
Participation assurée de 18 € pour les actes médicaux > ou = 120 € (Art. R 322-8 du code de la sécurité sociale) (1)	-	Frais réels/acte	Frais réels / acte
ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Assistance santé (3)	-	OUI	OUI
Fonds de secours études (MUTEXAM) (7)	-	OUI	OUI
Allocation Mutualiste de Solidarité (7)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (7)	-	OUI	OUI

Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la Sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonné). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale n'est pas non plus prise en charge. La franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L.322.2 du Code de la Sécurité sociale et du décret n°2007-1937 du 26/12/2007 n'est également pas prise en charge.

Sauf décision contraire de l'assemblée générale, la modification des taux de remboursement ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale française est sans incidence sur les prestations mutualistes.

Le total inclut les participations de la Sécurité sociale et de la formule de garantie ou pack de garanties santé LMDE.
Les remboursements s'effectuent dans la limite du montant du forfait et des frais engagés.

(*) les garanties sont exprimées hors régimes spéciaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. Les taux Régime Obligatoire mentionnés sont ceux en vigueur à la date de souscription dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et éventuellement des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que l'ensemble des participations forfaitaires telles que définies en dehors des contrats non responsables. Les taux Régime Obligatoire étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, les données Régime Obligatoire sont donc fournies à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements, elles n'ont pas de valeur contractuelle.

(**) Depuis le 01/01/2017, le Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM pour les médecins et OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens) se substitue au CAS (Contrat d'Accès aux Soins).

(***) Les taux de remboursement incluent le remboursement Sécurité sociale et sont exprimés en pourcentage du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale). Les montants des prestations forfaitaires indiqués sont ceux des garanties LMDE 12 mois sauf indication contraire.

(1) La prestation « Participation assuré » est la participation forfaitaire mise à la charge des assurés sociaux et leurs ayants droit pour certains actes affectés d'un coefficient au moins égal à 60 ou d'un montant d'au moins 120€ (article R.322-8 du code de la Sécurité sociale). Le montant pris en charge par les garanties santé concernées est celui fixé par décret et en vigueur à la date d'exécution de l'acte.

(2) Convention d'assistance santé au domicile entre LMDE et Inter mutuelles Assistance consécutivement aux prestations « services d'accompagnement santé », société anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 22 860 000€, entreprise régie par le code des Assurances dont le siège social est situé 118, avenue de Paris 79000 Niort, immatriculée au RCS de Niort sous le numéro 320.281.025. Pour consulter le détail des prestations d'assistance, se reporter à la convention d'assistance santé au domicile LMDE/IMA. IMA ASSURANCES Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris CS 40 000 79033 Niort cedex 9 - Immatriculée au RCS de Niort n° 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

(3) Toutes les informations sur les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le présent Règlement Mutualiste.

ANNEXE 5 : « MINI LMDE »

Cotisations 2018/2019 TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

MINI LMDE	12 mois
Adulte	97,20€
Enfant ayant droit (- de 18 ans)	51,48€

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/10/2018

MINI LMDE	Remboursements		
	Sécurité sociale TRSS	LMDE	TOTAL (Sécurité sociale + LMDE) (*) (***)
SOINS COURANTS			
Consultations visites généralistes (DPTAM**)	70%	30%	100%
Consultations visites généralistes (hors DPTAM**)	70%	30%	100%
PHARMACIE			
Pharmacie 65 %	65%	35%	100%
HOSPITALISATION COURT SEJOUR, SOINS DE SUITE ET READAPTATION			
Honoraires médicaux (DPTAM**)	80%	20%	100%
Honoraires médicaux (hors DPTAM**)	80%	20%	100%
Honoraires chirurgicaux (DPTAM**)	80%	20%	100%
Honoraires chirurgicaux (hors DPTAM**)	80%	20%	100%
Frais de séjour, durée illimitée	80%	20%	100%
Frais de transport	65%	35%	100%
Forfait journalier hospitalier, durée illimitée	-	20 € / jour	20 € / jour
Forfait journalier hospitalier psychiatrique, durée illimitée	-	15 € / jour	15 € / jour
Participation assurée de 18 € pour les actes médicaux > ou = 120 € (Art.R 322-8 du code de la sécurité sociale) (1)	-	frais réels / acte	frais réels / acte

DENTAIRE			
Soins dentaires et prothétiques	70%	30%	100%
PREVENTION			
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (2)	-	20 € / an	20 € / an
Test VIH (2)	-	10 € / an	10 € / an
Contraception d'urgence (2)	-	10 € / an	10 € / an
Préservatifs masculins/féminins (2)	-	10 € / an	10 € / an
Test de grossesse (2)	-	10 € / an	10 € / an
ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Assistance santé (3)	-	OUI	OUI
Responsabilité Civile (4)	-	OUI	OUI
Individuelle Accident (4)	-	OUI	OUI
Protection juridique (5)	-	OUI	OUI
Téléconsultation médicale (6)	-	OUI	OUI
Fonds de secours études (MUTEXAM) (7)	-	OUI	OUI
Allocation Mutualiste de Solidarité (7)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (7)	-	OUI	OUI

Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la Sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonné). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale n'est pas non plus prise en charge. La franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L.322.2 du Code de la Sécurité sociale et du décret n°2007-1937 du 26/12/2007 n'est également pas prise en charge.

Sauf décision contraire de l'assemblée générale, la modification des taux de remboursement ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale française est sans incidence sur les prestations mutualistes.

Le total inclut les participations de la Sécurité sociale et de la formule de garantie ou pack de garanties santé LMDE.

Les remboursements s'effectuent dans la limite du montant du forfait et des frais engagés.

(*) les garanties sont exprimées hors régimes spéciaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. Les taux Régime Obligatoire mentionnés sont ceux en vigueur à la date de souscription dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et éventuellement des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que l'ensemble des participations forfaitaires telles que définies en dehors des contrats non responsables. Les taux Régime Obligatoire étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, les données Régime Obligatoire sont donc fournies à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements, elles n'ont pas de valeur contractuelle.

(**) Depuis le 01/01/2017, le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM pour les médecins et OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens) se substitue au CAS (Contrat d'Accès aux Soins).

(***) Les taux de remboursement incluent le remboursement Sécurité sociale et sont exprimés en pourcentage du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale). Les montants des prestations forfaitaires indiqués sont ceux des garanties LMDE 12 mois sauf indication contraire.

(1) La prestation « Participation assuré » est la participation forfaitaire mise à la charge des assurés sociaux et leurs ayants droit pour certains actes affectés d'un coefficient au moins égal à 60 ou d'un montant d'au moins 120€ (article R.322-8 du code de la Sécurité sociale). Le montant pris en charge par les garanties santé concernées est celui fixé par décret et en vigueur à la date d'exécution de l'acte.

(2) Le versement de ce forfait est sur présentation d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisés. Le forfait contraception d'urgence, le test de grossesse, les préservatifs masculins et féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin ; il couvre les éventuels risques directs ou indirects du membre participant. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement forfaitaire fractionnable par année universitaire et par personne, dans la limite des sommes déboursées.

(3) Convention d'assistance santé au domicile entre LMDE et Inter mutuelles Assistance consécutivement aux prestations « services d'accompagnement santé », société anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 22 860 000€, entreprise régie par le code des Assurances dont le siège social est situé 118, avenue de Paris 79000 Niort, immatriculée au RCS de Niort sous le numéro 320.281.025. Pour consulter le détail des prestations d'assistance, se reporter à la convention d'assistance santé au domicile LMDE/IMA. IMA ASSURANCES Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances. Siège

social : 118 avenue de Paris CS 40 000 79033 Niort cedex 9 - Immatriculée au RCS de Niort n° 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

(4) Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants-droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".

(5) Le risque lié à cette garantie est porté par JURIDICA, Société Anonyme au capital de 14 627 854,68 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Versailles sous le numéro 572 079 150, dont le siège social est 1, place Victorien Sardou - 78160 Marly-le-Roi. Entreprise régie par le Code des assurances.

(6) Le service est autorisé par la CNIL (Délibération 2015-134 du 23/04/2015) et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé. La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical et renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré. Service fourni par AXA France VIE, Société Anonyme régie par le code des Assurances au capital de 487 725 073.50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprise régie par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 Rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09

(7) Toutes les informations sur les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le présent Règlement Mutualiste.

ANNEXE 6 : « VITALITE LMDE »

Cotisations 2018/2019 TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

VITALITE LMDE	18 mois	17 mois	16 mois	15 mois	14 mois	13 mois	12 mois	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois
Adulte	249.30 €	235.45 €	221.60 €	207.75 €	193.90 €	180.05 €	166.20 €	124.65 €	110.80 €	96.95 €	83.10 €	69.25 €	55.40 €	41.55 €
Enfant ayant droit (- de 18 ans)	126.18 €	119.17 €	112.16 €	105.15 €	98.14 €	91.13 €	84.12 €	63.09 €	56.08 €	49.07 €	42.06 €	35.05 €	28.04 €	21.03 €

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/07/2018

VITALITE LMDE	Remboursements		
	Sécurité sociale TRSS	LMDE	TOTAL (Sécurité sociale + LMDE) (*) (***)
SOINS COURANTS			
Consultations visites généralistes (DPTAM**)	70%	30%	100%
Consultations visites généralistes (hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Consultations visites spécialistes (DPTAM**)	70%	30%	100 %
Consultations visites spécialistes (hors DPTAM**)	70%	30%	100 %
PHARMACIE			
Pharmacie 65 %	65%	35%	100%
HOSPITALISATION COURT SEJOUR, SOINS DE SUITE ET READAPTATION			
Honoraires médicaux (DPTAM**)	80%	20%	100%
Honoraires médicaux (hors DPTAM**)	80%	20%	100%
Honoraires chirurgicaux (DPTAM**)	80%	20%	100%
Honoraires chirurgicaux (hors DPTAM**)	80%	20%	100%
Frais de séjour, durée illimitée	80%	20%	100%
Frais de transport	65%	35%	100%
Forfait journalier hospitalier, durée illimitée	-	20 € / jour	20 € / jour
Forfait journalier hospitalier psychiatrique, durée illimitée	-	15 € / jour	15 € / jour
Participation assurée de 18 € pour les actes médicaux > ou = 120 € (Art.R 322-8 du code de la sécurité sociale) (1)	-	frais réels / acte	frais réels / acte

DENTAIRE			
Soins dentaires et prothétiques	70%	30%	100%
PREVENTION			
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (2)	-	20 € / an	20 € / an
Test VIH (2)	-	10 € / an	10 € / an
Contraception d'urgence (2)	-	20 € / an	20 € / an
Protections hygiéniques (2)	-	20 € / an	20 € / an
Préservatifs masculins/féminins (2)	-	10 € / an	10 € / an
Test de grossesse (2)	-	10 € / an	10 € / an
ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Assistance santé (3)	-	OUI	OUI
Responsabilité Civile (4)	-	OUI	OUI
Individuelle Accident (4)	-	OUI	OUI
Protection juridique (5)	-	OUI	OUI
Téléconsultation médicale (6)	-	OUI	OUI
Indemnités Journalières Hospitalières - étudiants salariés (7)	-	OUI	20€/j
Fonds de secours études (MUTEXAM) (8)	-	OUI	OUI
Allocation Mutualiste de Solidarité (8)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (8)	-	OUI	OUI

Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la Sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonné). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale n'est pas non plus prise en charge. La franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L.322.2 du Code de la Sécurité sociale et du décret n°2007-1937 du 26/12/2007 n'est également pas prise en charge.

Sauf décision contraire de l'assemblée générale, la modification des taux de remboursement ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale française est sans incidence sur les prestations mutualistes.

Le total inclut les participations de la Sécurité sociale et de la formule de garantie ou pack de garanties santé LMDE.

Les remboursements s'effectuent dans la limite du montant du forfait et des frais engagés.

(*) Les garanties sont exprimées hors régimes spéciaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. Les taux Régime Obligatoire mentionnés sont ceux en vigueur à la date de souscription dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et éventuellement des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que l'ensemble des participations forfaitaires telles que définies en dehors des contrats non responsables. Les taux Régime Obligatoire étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, les données Régime Obligatoire sont donc fournies à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements, elles n'ont pas de valeur contractuelle.

(**) Depuis le 01/01/2017, le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM pour les médecins et OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens) se substitue au CAS (Contrat d'Accès aux Soins).

(***) Les taux de remboursement incluent le remboursement Sécurité sociale et sont exprimés en pourcentage du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale). Les montants des prestations forfaitaires indiqués sont ceux des garanties LMDE 12 mois sauf indication contraire.

(1) La prestation « Participation assuré » est la participation forfaitaire mise à la charge des assurés sociaux et leurs ayants droit pour certains actes affectés d'un coefficient au moins égal à 60 ou d'un montant d'au moins 120€ (article R.322-8 du code de la Sécurité sociale). Le montant pris en charge par les garanties santé concernées est celui fixé par décret et en vigueur à la date d'exécution de l'acte

(2) Le versement de ce forfait est sur présentation d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisés. Le forfait contraception d'urgence, le test de grossesse, les préservatifs masculins et féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin ; il couvre les éventuels risques directs ou indirects du membre participant. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement forfaitaire fractionnable par année universitaire et par personne, dans la limite des sommes déboursées.

(3) Convention d'assistance santé au domicile entre LMDE et Inter Mutuelles Assistance consécutivement aux prestations « services d'accompagnement santé », société anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 22 860 000€, entreprise régie par le code des Assurances dont le siège social est situé 118, avenue de Paris

79000 Niort, immatriculée au RCS de Niort sous le numéro 320.281.025. Pour consulter le détail des prestations d'assistance, se reporter à la convention d'assistance santé au domicile LMDE/IMA. IMA ASSURANCES Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris CS 40 000 79033 Niort cedex 9 - Immatriculée au RCS de Niort n° 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

(4) Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants-droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".

(5) Le risque lié à cette garantie est porté par JURIDICA, Société Anonyme au capital de 14 627 854,68 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Versailles sous le numéro 572 079 150, dont le siège social est 1, place Victorien Sardou - 78160 Marly-le-Roi. Entreprise régie par le Code des assurances.

(6) Le service est autorisé par la CNIL (Délibération 2015-134 du 23/04/2015) et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé. La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical et renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré. Service fourni par AXA France VIE, Société Anonyme régie par le code des Assurances au capital de 487 725 073.50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprise régie par le code des assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 Rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09

(7) Indemnité Journalière hospitalière forfaitaire versée au membre participant ou leur ayant droit à compter du 4ème jour consécutif de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, un accident ou une opération chirurgicale, dans la limite de 30 jours/année universitaire.

(8) Toutes les informations sur les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le présent Règlement Mutualiste.

ANNEXE 7 : « ESSENTIELLE LMDE »

Cotisations 2018/2019 TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

ESSENTIELLE LMDE	18 mois	17 mois	16 mois	15 mois	14 mois	13 mois	12 mois	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois
Adulte	438.30 €	413.95 €	389.60 €	365.25 €	340.90 €	316.55 €	292.20 €	219.15 €	194.80 €	170.45 €	146.10 €	121.75 €	97.40 €	73.05 €
Enfant ayant droit (- de 18 ans)	225.00 €	212.50 €	200.00 €	187.50 €	175.00 €	162.50 €	150.00 €	112.50 €	100.00 €	87.50 €	75.00 €	62.50 €	50.00 €	37.50 €

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/07/2018

ESSENTIELLE LMDE	Remboursements		
	Sécurité sociale	LMDE	TOTAL (Sécurité sociale + LMDE) (*) (***)
	TRSS		
SOINS COURANTS			
Consultations visites généralistes (DPTAM**)	70%	30%	100%
Consultations visites généralistes (hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Consultations visites spécialistes (DPTAM**)	70%	30%	100%
Consultations visites spécialistes (hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Actes techniques médicaux (DPTAM/hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60 % ou 70 %	40% ou 30%	100%
Imagerie médicale (DPTAM/hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Auxiliaires médicaux	60%	40%	100%
Consultations psychologues (1) (6)	-	10 € - 5 x / an	10 € - 5 x / an
PHARMACIE			
Pharmacie 65 %	65%	35%	100%
Pharmacie 30 %	30%	70%	100%
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	90 € / an	90 € / an
HOSPITALISATION COURT SEJOUR, SOINS DE SUITE ET READAPTATION			
Honoraires médicaux (hors DPTAM**)	80%	20%	100%
Honoraires chirurgicaux (DPTAM**)	80%	20%	100%
Honoraires chirurgicaux (hors DPTAM**)	80%	20%	100%
Frais de séjour, durée illimitée	80%	20%	100%
Frais de transport	65%	35%	100%
Forfait journalier hospitalier, durée illimitée	-	20 € / jour	20 € / jour
Forfait journalier hospitalier psychiatrique, durée illimitée	-	15 € / jour	15 € / jour
Participation assurée de 18 € pour les actes médicaux > ou = 120 € (Art.R 322-8 du code de la sécurité sociale) (2)	-	frais réels / acte	frais réels / acte

OPTIQUE			
Monture (3) (5) + verres simples (4) (5)	60%	40% + 50€/ 2 ans	100% + 50€/ 2 ans (5)
Monture + verres complexes / très complexes / mixtes (4) (5)	60%	40% + 200€/ 2 ans	100% + 200€/ 2 ans (5)
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (5)	60%	40%	100%
Matériel pour amblyopie	60%	40%	100%
DENTAIRE			
Soins dentaires et prothétiques	70%	30%	100%
Inlay / Onlay	70%	30%	100%
Inlay core	70%	30%	100%
Prothèses dentaires fixes remboursées par la Sécurité sociale	70%	30%	100%
Rebasage, réparation, adjonction ou remplacement de dents ou crochets	néant ou 70 %	néant ou 30%	néant ou 100 %
Prothèses amovibles remboursées par la Sécurité sociale	70%	30%	100%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	70 % ou 100 %	30% ou néant	100%
ACOUSTIQUE ET APPAREILLAGE			
Prothèses auditives	60% ou 100%	40% ou néant	100%
Petit appareillage, orthèses	60%	40%	100%
Orthopédie et grand appareillage	60 % ou 100 %	40% ou néant	100%
Prothèses capillaires, mammaires	60% ou 100 %	40% ou néant	100%
PREVENTION			
ESSENTIELLE LMDE	Sécurité sociale TRSS	LMDE	TOTAL (Sécurité sociale + LMDE) (*) (***)
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale (DPTAM / hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (6)	-	60 € / an	60 € / an
Test VIH (6)	-	10 € / an	10 € / an
Contraception d'urgence (6)	-	20 € / an	20 € / an
Protections hygiéniques (6)	-	25 € / an	25 € / an
Préservatifs masculins/féminins (6)	-	30 € / an	30 € / an
Test de grossesse (6)	-	10 € / an	10 € / an
Substituts nicotiniques (6)	néant ou 150 €	90€	90 € ou 240 € / an
ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Assistance santé (7)	-	OUI	OUI
Soins à l'étranger et Assistance/rapatriement (8)	-	OUI	OUI
Responsabilité Civile (9)	-	OUI	OUI
Individuelle Accident (9)	-	OUI	OUI
Protection juridique (10)	-	OUI	OUI
Téléconsultation médicale (11)	-	OUI	OUI
Réseau de soins ITELIS (12)	-	OUI	OUI
Indemnités Journalières Hospitalières - étudiants salariés (13)	-	OUI	20€/j.
Fonds de secours études (MUTEXAM) (14)	-	OUI	OUI

Allocation Mutualiste de Solidarité (14)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (14)	-	OUI	OUI
Assurance bagages (8)	-	OUI	OUI

Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la Sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonné). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale n'est pas non plus prise en charge. La franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L.322.2 du Code de la Sécurité sociale et du décret n°2007-1937 du 26/12/2007 n'est également pas prise en charge.

Sauf décision contraire de l'assemblée générale, la modification des taux de remboursement ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale française est sans incidence sur les prestations mutualistes.

Les complémentaires santé « Essentielle LMDE » et « Essentielle LMDE régime local », sont des contrats responsables au sens des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale et du décret du 18 novembre 2014. La définition de contrat responsable est susceptible d'évoluer selon les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Le total inclut les participations de la Sécurité sociale et de la formule de garantie ou pack de garanties santé LMDE.

Les remboursements s'effectuent dans la limite du montant du forfait et des frais engagés.

(*) les garanties sont exprimées hors régimes spéciaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. Les taux Régime Obligatoire mentionnés sont ceux en vigueur à la date de souscription dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et éventuellement des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que l'ensemble des participations forfaitaires telles que définies en dehors des contrats non responsables. Les taux Régime Obligatoire étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, les données Régime Obligatoire sont donc fournies à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements, elles n'ont pas de valeur contractuelle.

(**) Depuis le 01/01/2017, le Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM pour les médecins et OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens) se substitue au CAS (Contrat d'Accès aux Soins).

(***) Les taux de remboursement incluent le remboursement Sécurité sociale et sont exprimés en pourcentage du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale). Les montants des prestations forfaitaires indiqués sont ceux des garanties LMDE 12 mois sauf indication contraire.

(1) Forfait suivi psychologique versé par consultation. Remboursement sur présentation d'une facture nominative et acquittée. Pour les garanties infra-annuelles, le montant du forfait est modulé en fonction de la durée de la garantie souscrite (se reporter au tableau des prestations forfaitaires).

(2) La prestation « Participation assuré » est la participation forfaitaire mise à la charge des assurés sociaux et leurs ayants droit pour certains actes affectés d'un coefficient au moins égal à 60 ou d'un montant d'au moins 120€ (article R.322-8 du code de la Sécurité sociale). Le montant pris en charge par les garanties santé concernées est celui fixé par décret et en vigueur à la date d'exécution de l'acte.

(3) Pour une monture seule, remboursement sur la base du forfait 2 verres unifocaux simples et dans la limite de 150 €.

(4) Définition des catégories de verres : voir tableaux annexes.

(5) La prise en charge des dispositifs médicaux optiques (montures, verres, lentilles de contact), au titre de la garantie santé LMDE, est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site Internet respecte les critères de santé publique. Le forfait lunettes est limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans, sauf pour les mineurs moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge du forfait équipement optique est annuelle. La période de 2 ans ou d'un an est fixée à compter de la date de souscription du contrat. Prise en charge de 2 équipements sur une période de 2 ans pour les personnes bénéficiant d'une prescription pour un équipement de près et un équipement de loin.

(6) Le versement de ce forfait est sur présentation d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisés. Le forfait contraception d'urgence, le test de grossesse, les préservatifs masculins et féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin ; il couvre les éventuels risques directs ou indirects du membre participant. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement forfaitaire fractionnable par année universitaire et par personne, dans la limite des sommes déboursées.

Pour le forfait « arrêt tabac », remboursement également sur présentation d'un décompte de Sécurité sociale. Les substituts nicotiniques, s'ils sont prescrits et figurant sur la liste des substituts nicotiniques pris en charge, sont remboursés par la Sécurité sociale à hauteur de 150 €/an. La participation de la mutuelle est limitée à 90 €/an, participation ou non de la Sécurité sociale. Pour les garanties infra-annuelles, le montant du forfait est modulé en fonction de la durée de la garantie souscrite (se reporter au tableau des prestations forfaitaires).

(7) Convention d'assistance santé au domicile entre LMDE et Inter Mutuelles Assistance consécutivement aux prestations « services d'accompagnement santé », société anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 22 860 000€, entreprise régie par le code des Assurances dont le siège social est situé 118, avenue de Paris 79000 Niort, immatriculée au RCS de Niort sous le numéro 320.281.025. Pour consulter le détail des prestations d'assistance, se reporter à la convention d'assistance santé au domicile LMDE/IMA. IMA ASSURANCES Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris CS 40 000 79033 Niort cedex 9 - Immatriculée au RCS de Niort n° 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

(8) Inter Partner Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 0415.591.055, dont le siège social est situé Avenue Louise 166 BP 1 – 1050-BRUXELLES – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon.

(9) Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants-droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".

(10) Le risque lié à cette garantie est porté par JURIDICA, Société Anonyme au capital de 14 627 854,68 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Versailles sous le numéro 572 079 150, dont le siège social est 1, place Victorien Sardou - 78160 Marly-le-Roi. Entreprise régie par le Code des assurances.

(11) Le service est autorisé par la CNIL (Délibération 2015-134 du 23/04/2015) et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé. La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical et renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré. Service fourni par AXA France VIE, Société Anonyme régie par le code des Assurances au capital de 487 725 073.50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 Rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09

(12) ITTELIS : Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 € dont le siège social est situé 218 avenue Jean Jaurès, 75019 Paris, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro – 440358 471, mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°10058758.

(13) Indemnité Journalière hospitalière forfaitaire versée au membre participant ou leur ayant droit à compter du 4ème jour consécutif de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, un accident ou une opération chirurgicale, dans la limite de 30 jours/année universitaire.

(14) Toutes les informations sur les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le présent Règlement Mutualiste.

Catégories de verres et codes LPP associés

Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales classe les verres optiques en 3 catégories (verres unifocaux simples A, verres unifocaux ou multifocaux complexes B et verres multifocaux très complexes C). Le remboursement de la Mutuelle dépend de la catégorie des verres.

Verres		Catégorie de verre	Enfants (moins de 18 ans)		Adultes (18 ans et plus)	
			Code LPPverres blancs	Code LPPverres teintés	Code LPPverres blancs	Code LPPverres teintés
Unifocaux	Simples	A	2200393 / 2261874	2270413 / 2242457	2259966 / 2203240	2226412 / 2287916
			2238941 / 2243304	2268385 / 2297441	2212976 / 2280660	2252668 / 2263459
	Complexes	B	2243540 / 2273854	2291088 / 2248320	2282793 / 2235776	2265330 / 2295896
			2283953 / 2245036	2219381 / 2206800	2284527 / 228519	2254868 / 2299523
Multifocaux	Complexes	B	2259245	2264045	2290396	2291183
			2240671	2282221	2227038	2299180
			2238792	2202452		
			2234239	2259660		
	Très Complexes	C			2245384	2295198
					2202239	2252042

ESSENTIELLE LMDE		Si non remboursement par un Régime Obligatoire (a)	Si remboursement par un Régime Obligatoire
Soins réalisés à l'étranger			
HOSPITALISATION			
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	100%	Dispense d'avance de frais par AXA à concurrence de 150 000€ par assuré et par période de couverture prise en charge par AXA (a) ou 150 % de BRSS (b) si absence de dispense d'avance de frais AXA(b)	
Transport ambulance	100%		
SOINS			
Pharmacie	100%	100% TRSS	
Généraliste (consultation et visite)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays	
Laboratoire (analyses médicales)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays	
DENTAIRE ET OPTIQUE			
Soins dentaires et prothétiques	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays	
Optique	100%	100% TRSS	
Prothèse dentaire	100%	100% TRSS	
SPECIALITES ET PARAMEDICAL			
Imagerie médicale	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays	
Spécialiste (consultation et visite)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays	
Orthopédie / Prothèse	100%	100% TRSS	
Auxiliaires Médicaux (Kinésithérapeutes, infirmières...	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays	
ASSISTANCE / RAPATRIEMENT (c)			
Selon les conditions prévues dans les conditions générales et remise par LMDE avant la souscription	Inclus	Inclus	

(a) Contrat d'assurance pour l'assistance entre LMDE et INTER PARTNER ASSISTANCE. Inter Partner Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 0415.591.055, dont le siège social est situé Avenue Louise 166 BP 1 – 1050-BRUXELLES – Belgique, prise au travers de

sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon.. IPA intervient sous la marque Axa Assistance. .

- (b) Les pourcentages sont exprimés en fonction des bases de remboursement de la Sécurité sociale française et incluent le remboursement de la Sécurité sociale.

La liste des coefficients multiplicateurs par pays est consultable en annexe 16

ANNEXE 8 : « ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE »

Cotisations 2018/2019 TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

ESSENTIELLE LMDE Régime local Alsace Moselle	18 mois	17 mois	16 mois	15 mois	14 mois	13 mois	12 mois	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois
Adulte	203.40 €	192.10 €	180.80 €	169.50 €	158.20 €	146.90 €	135.60 €	101.70 €	90.40 €	79.10 €	67.80 €	56.50 €	45.20 €	33.90 €
Enfant ayant droit (- de 18 ans)	100.62 €	95.03 €	89.44 €	83.85 €	78.26 €	72.67 €	67.08 €	50.31 €	44.72 €	39.13 €	33.54 €	27.95 €	22.36 €	16.77 €

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/07/2018

ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL	Remboursements		
	Sécurité sociale TRSS	LMDE	TOTAL (Sécurité sociale + LMDE) (*) (***)
SOINS COURANTS			
Consultations visites généralistes (DPTAM**)	90%	10%	100%
Consultations visites généralistes (hors DPTAM**)	90%	10%	100%
Consultations visites spécialistes (DPTAM**)	90%	10%	100%
Consultations visites spécialistes (hors DPTAM**)	90%	10%	100%
Actes techniques médicaux (DPTAM/hors DPTAM**)	90%	10%	100%
Analyses et examens de laboratoire	90%	10%	100%
Imagerie médicale (DPTAM/hors DPTAM**)	90%	10%	100%
Auxiliaires médicaux	90%	10%	100%
Consultations psychologues (1) (6)	-	10 € - 5 x / an	10 € - 5 x / an
PHARMACIE			
Pharmacie 65 %	90%	10%	100%
Pharmacie 30 %	80%	20%	100%
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	90 € / an	90 € / an
HOSPITALISATION COURT SEJOUR, SOINS DE SUITE ET READAPTATION			
Honoraires médicaux (DPTAM**)	100%	-	100%
Honoraires médicaux (hors DPTAM**)	100%	-	100%
Honoraires chirurgicaux (DPTAM**)	100%	-	100%
Honoraires chirurgicaux (hors DPTAM**)	100%	-	100%
Frais de séjour, durée illimitée	100%	-	100%
Frais de transport	100%	-	100%
Forfait journalier hospitalier, durée illimitée	-	20 € / jour	20 € / jour
Forfait journalier hospitalier psychiatrique, durée illimitée	-	15 € / jour	15 € / jour

Participation assurée de 18 € pour les actes médicaux > ou = 120 € (Art.R 322-8 du code de la sécurité sociale) (2)	-	frais réels / acte	frais réels / acte
OPTIQUE			
Monture (3) (5) + verres simples (4) (5)	90%	10% + 50€/ 2 ans	100% + 50€/ 2 ans (5)
Monture + verres complexes / très complexes / mixtes (4) (5)	90%	10% + 200€/ 2 ans	100% + 200€/ 2 ans (5)
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (5)	90%	10%	100%
Matériel pour amblyopie	90%	10%	100%
DENTAIRE			
Soins dentaires et prothétiques	90%	10%	100%
Inlay / Onlay	90%	10%	100%
Inlay core	90%	10%	100%
Prothèses dentaires fixes remboursées par la Sécurité sociale	90%	10%	100%
Rebasage, réparation, adjonction ou remplacement de dents ou crochets	90%	10%	100 %
Prothèses amovibles remboursées par la Sécurité sociale	90%	10%	100%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	90% ou 100%	10% ou néant	100%
ACOUSTIQUE ET APPAREILLAGE			
Prothèses auditives	90%	10%	100%
Petit appareillage, orthèses	90%	10%	100%
Orthopédie et grand appareillage	90%	10%	100%
Prothèses capillaires, mammaires	90% ou 100 %	10% ou néant	100%
PREVENTION			
Tous actes de prévention (arrêté du 08/06/2006)	90%	10%	100%
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale (DPTAM / hors DPTAM**)	90%	10%	100%
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (6)	-	60 € / an	60 € / an
Test VIH (6)	-	10 € / an	10 € / an
Contraception d'urgence (6)	-	20 € / an	20 € / an
Protections féminines (6)	-	25 € / an	25 € / an
Préservatifs masculins/féminins (6)	-	30 € / an	30 € / an
Test de grossesse (6)	-	10 € / an	10 € / an
Substituts nicotiniques (6)	néant ou 150 €	90 €	90 € ou 240 € / an

ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Assistance santé (7)	-	OUI	OUI
Soins à l'étranger et Assistance/Rapatriement (8)	-	OUI	OUI
Responsabilité Civile (9)	-	OUI	OUI
Individuelle Accident (9)	-	OUI	OUI
Protection juridique (10)	-	OUI	OUI
Téléconsultation médicale (11)	-	OUI	OUI
Réseau de soins ITELIS (12)	-	OUI	OUI
Indemnités Journalières Hospitalières - étudiants salariés (13)	-	OUI	OUI
Fonds de secours études (MUTEXAM) (14)	-	OUI	OUI
Allocation Mutualiste de Solidarité (14)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (14)	-	OUI	OUI
Assurance bagages (8)	-	OUI	OUI

Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la Sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonné). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale n'est pas non plus prise en charge. La franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L.322.2 du Code de la Sécurité sociale et du décret n°2007-1937 du 26/12/2007 n'est également pas prise en charge.

Sauf décision contraire de l'assemblée générale, la modification des taux de remboursement ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale française est sans incidence sur les prestations mutualistes.

Les complémentaires santé « Essentielle LMDE » et « Essentielle LMDE régime local » sont des contrats responsables au sens des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale et de l'arrêté du 8 juin 2006. La définition de contrat responsable est susceptible d'évoluer selon les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Le total inclut les participations de la Sécurité sociale et de la formule de garantie ou pack de garanties santé LMDE.

Les remboursements s'effectuent dans la limite du montant du forfait et des frais engagés.

(*) les garanties sont exprimées hors régimes spéciaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. Les taux Régime Obligatoire mentionnés sont ceux en vigueur à la date de souscription dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et éventuellement des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que l'ensemble des participations forfaitaires telles que définies en dehors des contrats non responsables. Les taux Régime Obligatoire étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, les données Régime Obligatoire sont donc fournies à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements, elles n'ont pas de valeur contractuelle.

(**) Depuis le 01/01/2017, le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM pour les médecins et OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens) se substitue au CAS (Contrat d'Accès aux Soins).

(***) Les taux de remboursement incluent le remboursement Sécurité sociale et sont exprimés en pourcentage du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale). Les montants des prestations forfaitaires indiqués sont ceux des garanties LMDE 12 mois sauf indication contraire.

(1) Forfait suivi psychologique versé par consultation. Remboursement sur présentation d'une facture nominative et acquittée. Pour les garanties infra-annuelles, le montant du forfait est modulé en fonction de la durée de la garantie souscrite (se reporter au tableau des prestations forfaitaires).

2) La prestation « Participation assuré » est la participation forfaitaire mise à la charge des assurés sociaux et leurs ayants droit pour certains actes affectés d'un coefficient au moins égal à 60 ou d'un montant d'au moins 120€ (article R.322-8 du code de la Sécurité sociale). Le montant pris en charge par les garanties santé concernées est celui fixé par décret et en vigueur à la date d'exécution de l'acte.

(3) Pour une monture seule, remboursement sur la base du forfait 2 verres unifocaux simples et dans la limite de 150 €.

(4) Définition des catégories de verres : voir tableaux annexes.

(5) La prise en charge des dispositifs médicaux optiques (montures, verres, lentilles de contact), au titre de la garantie santé LMDE, est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site Internet respecte les critères de santé publique. Le forfait lunettes est limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans, sauf pour les mineurs moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge du forfait équipement optique est annuelle. La période de 2 ans ou d'un an est fixée à compter de la date de souscription du contrat. Prise en charge de 2 équipements sur une période de 2 ans pour les personnes bénéficiant d'une prescription pour un équipement de près et un équipement de loin.

(6) Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée. Le versement de ce forfait est effectué sur présentation d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisés. Le forfait contraception d'urgence, le test de grossesse, les préservatifs masculins et féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin ; il couvre les éventuels risques directs ou indirects du membre participant. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement forfaitaire fractionnable par année universitaire et par personne, dans la limite des sommes déboursées. Pour le forfait « arrêt tabac », remboursement également sur présentation d'un décompte de sécurité sociale. Les substituts nicotiques, s'ils sont prescrits et figurant sur la liste des substituts nicotiques pris en charge, sont remboursés par la Sécurité sociale à hauteur de 150 €/an. La participation de la mutuelle est limitée à 90 €/an, participation ou non de la Sécurité sociale.

(7) Convention d'assistance santé au domicile entre la LMDE et Inter Mutuelles Assistance consécutivement aux prestations « services d'accompagnement santé », société anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 22 860 000€, entreprise régie par le code des Assurances dont le siège social est situé 118, avenue de Paris 79000 Niort, immatriculée au RCS de Niort sous le numéro 320.281.025. Pour consulter le détail des prestations d'assistance, se reporter à la convention d'assistance santé au domicile LMDE/IMA. IMA ASSURANCES Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des

assurances. Siège social : 118 avenue de Paris CS 40 000 79033 Niort cedex 9 - Immatriculée au RCS de Niort n° 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

(8) Inter Partner Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 0415.591.055, dont le siège social est situé Avenue Louise 166 BP 1 – 1050-BRUXELLES – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon.

(9) Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants-droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".

(10) Le risque lié à cette garantie est porté par JURIDICA, Société Anonyme au capital de 14 627 854,68 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Versailles sous le numéro 572 079 150, dont le siège social est 1, place Victorien Sardou - 78160 Marly-le-Roi. Entreprise régie par le Code des assurances.

(11) Le service est autorisé par la CNIL (Délibération 2015-134 du 23/04/2015) et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé. La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical et renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré. Service fourni par AXA AXA France VIE, Société Anonyme régie par le code des Assurances au capital de 487 725 073.50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 Rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09

(12) ITELIS : Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 € dont le siège social est situé 218 avenue Jean Jaurès, 75019 Paris, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro – 440358 471, mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°10058758

(13) Indemnité Journalière hospitalière forfaitaire versée au membre participant ou leur ayant droit à compter du 4ème jour consécutif de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, un accident ou une opération chirurgicale, dans la limite de 30 jours/année universitaire.

(14) Toutes les informations sur les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le présent Règlement Mutualiste.

Catégories de verres et codes LPP associés

Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales classe les verres optiques en 3 catégories (verres unifocaux simples A, verres unifocaux ou multifocaux complexes B et verres multifocaux très complexes C). Le remboursement de la Mutuelle dépend de la catégorie des verres.

Verres		Catégorie de verre	Enfants (moins de 18 ans)		Adultes (18 ans et plus)	
			Code LPPverres blancs	Code LPPverres teintés	Code LPPverres blancs	Code LPPverres teintés
Unifocaux	Simplex	A	2200393 / 2261874	2270413 / 2242457	2259966 / 2203240	2226412 / 2287916
	Complexes	B	2238941 / 2243304	2268385 / 2297441	2212976 / 2280660	2252668 / 2263459
			2243540 / 2273854	2291088 / 2248320	2282793 / 2235776	2265330 / 2295896
Multifocaux	Complexes	B	2283953 / 2245036	2219381 / 2206800	2284527 / 2288519	2254868 / 2299523
			2259245	2264045	2290396	2291183
			2240671	2282221	2227038	2299180
			2238792	2202452		
	Très Complexes	C	2234239	2259660		
					2245384	2295198
					2202239	2252042

ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL	Si non remboursement par un Régime Obligatoire (a)	Si remboursement par un Régime Obligatoire
Soins réalisés à l'étranger		
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	100%	Dispense d'avance de frais par AXA à concurrence de 150 000€ / assuré et par période de couverture (a) ou 150 % de BRSS si absence de dispense de frais AXA (b)
Transport ambulance	100%	
SOINS		
Pharmacie	100%	Pas de coefficient multiplicateur
Généraliste (consultation et visite)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
Laboratoire (analyses médicales)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays

DENTAIRE ET OPTIQUE		
Soins dentaires	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
Optique	100%	Pas de coefficient multiplicateur
Prothèse dentaire	100%	Pas de coefficient multiplicateur
SPECIALITES ET PARAMEDICAL		
Imagerie médicale	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
Spécialiste (consultation et visite)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
Orthopédie / Prothèse	100%	100% TRSS
Auxiliaires Médicaux (Kinésithérapeutes, infirmières....)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
ASSISTANCE / RAPATRIEMENT (c)		
Selon les conditions prévues dans la convention AXA/LMDE et remises avant la souscription	Inclus	Inclus

- (a) Contrat d'assurance pour l'assistance entre LMDE et Inter Partner Assistance. Inter Partner Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 0415.591.055, dont le siège social est situé Avenue Louise 166 BP 1 – 1050-BRUXELLES – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon.. IPA intervient sous la marque Axa Assistance.
- (b) Les pourcentages sont exprimés en fonction des bases de remboursement de la Sécurité sociale française et incluent le remboursement de la Sécurité sociale.

La liste des coefficients multiplicateurs par pays est consultable en annexe 16

ANNEXE 9 : « ZEN LMDE »

Cotisations 2018/2019 TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

ZEN LMDE	18 mois	17 mois	16 mois	15 mois	14 mois	13 mois	12 mois	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois
Adulte	647.10 €	611.15 €	575.20 €	539.25 €	503.30 €	467.35 €	431.40 €	323.55 €	287.60 €	251.65 €	215.70 €	179.75 €	143.80 €	107.85 €
Enfant ayant droit (- de 18 ans)	335.88 €	317.22 €	298.56 €	279.90 €	261.24 €	242.58 €	223.92 €	167.94 €	149.28 €	130.62 €	111.96 €	93.30 €	74.64 €	55.98 €

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/07/2018

ZEN LMDE	Remboursements		
	Sécurité sociale	LMDE	TOTAL (Sécurité sociale + LMDE) (*) (***)
	TRSS		
SOINS COURANTS			
Consultations visites généralistes (DPTAM**)	70%	80%	150%
Consultations visites généralistes (hors DPTAM**)	70%	60%	130%
Consultations visites spécialistes (DPTAM**)	70%	80%	150%
Consultations visites spécialistes (hors DPTAM**)	70%	60%	130%
Actes techniques médicaux (DPTAM/hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60 % ou 70 %	40% ou 30%	100%
Imagerie médicale (DPTAM/hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Auxiliaires médicaux	60%	40%	100%
Consultations psychologues (1) (13)	-	20 € - 5 x / an	20 € - 5 x / an
PHARMACIE			
Pharmacie 65 %	65%	35%	100%
Pharmacie 30 %	30%	70%	100%
Pharmacie 15 %	15%	85%	100%
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	90 € / an	90 € / an
HOSPITALISATION COURT SEJOUR, SOINS DE SUITE ET READAPTATION			
Honoraires médicaux (DPTAM**)	80%	70%	150%
Honoraires médicaux (hors DPTAM**)	80%	50%	130%
Honoraires chirurgicaux (DPTAM**)	80%	20%	100%
Honoraires chirurgicaux (hors DPTAM**)	80%	20%	100%

Frais de séjour, durée illimitée	80%	20%	100%
Frais de transport	65%	35%	100%
Forfait Confort en hospitalisation (TV, téléphone, internet) (2) (6)	-	6 € / jour	6 € / jour
Forfait journalier hospitalier, durée illimitée	-	20 € / jour	20 € / jour
Forfait journalier hospitalier psychiatrique, durée illimitée	-	15 € / jour	15 € / jour
Participation assurée de 18 € pour les actes médicaux > ou = 120 € (Art.R 322-8 du code de la sécurité sociale) (3)	-	frais réels / acte	frais réels / acte
OPTIQUE			
Monture (4) (6)+ verres simples (5) (6)	60%	40% + 200 € (7)/ 2 ans	100% + 200 € / 2 ans (6) (7)
Monture + verres complexes / très complexes / mixtes (5) (6)	60%	40% + 250 € / 2 ans (7)	100% + 250 € / 2 ans (6) (7)
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (6)	60%	40% + 50 € / an (7)	100 % + 50 € / an (6) (7)
Matériel pour amblyopie	60%	40%	100%
DENTAIRE			
Soins dentaires et prothétiques	70%	60%	130%
Inlay / Onlay	70%	60%	130%
Inlay core	70%	60%	130%
Prothèses dentaires fixes remboursées par la Sécurité sociale	70%	30% + 250 € / an (7)	100 % + 250 € / an (7)
Rebasage, réparation, adjonction ou remplacement de dents ou crochets	néant ou 70 %	néant ou 30%	néant ou 100 %
Prothèses amovibles remboursées par la Sécurité sociale	70%	30%	100%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	70 % ou 100 %	30% ou néant	100%
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	250 € / an (7)	250 € / an (7)
Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale (8)	-	250 € / an (7)	250 € / an (7)
Implantologie remboursée par la Sécurité sociale (8)	70%	30%	100%
ACOUSTIQUE ET APPAREILLAGE			
Prothèses auditives	60% ou 100%	40% ou néant + 150 € / an	100 % + 150 € / an
Petit appareillage, orthèses	60%	40%	100%
Orthopédie et grand appareillage	60 % ou 100 %	40% ou néant + 50 € / an	100 % + 50 € / an
Prothèses capillaires, mammaires	60% ou 100 %	40% ou 100%	100%

PREVENTION			
Tous actes de prévention (arrêté du 08/06/2006)	60 %, 65 % ou 70 %	40%, 35% ou 30%	100%
Forfait nutrition (bilan et consultation de suivi) (9) (13)	-	10 € - 4 x / an	10 € - 4 x / an
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale (DPTAM / hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Forfait équipements de sécurité (casque vélo...) (10) (13)	-	20 € / an	20 € / an
Forfait sécurité routière (éthylotests) (11) (13)	-	10 € / an	10 € / an
Forfait protections auditives (bouchons d'oreilles) (12) (13)	-	20 € X 2 / an	20 € X 2 / an
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (13)	-	80 € / an	80 € / an
Test VIH (13)	-	10 € / an	10 € / an
Contraception d'urgence (13)	-	20 € / an	20 € / an
Protections hygiéniques (13)	-	25 € / an	25 € / an
Préservatifs masculins/féminins (13)	-	40 € / an	40 € / an
Test de grossesse (13)	-	10 € / an	10 € / an
Substituts nicotiniques (13)	néant ou 150 €	90 €	90 € ou 240 € / an
ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Assistance santé (14)	-	OUI	OUI
Soins à l'étranger et Assistance/Rapatriement (15)	-	OUI	OUI
Responsabilité Civile (16)	-	OUI	OUI
Individuelle Accident (16)	-	OUI	OUI
Protection juridique (17)	-	OUI	OUI
Téléconsultation médicale (18)	-	OUI	OUI
Réseau de soins ITELIS (19)	-	OUI	OUI
Indemnités Journalières Hospitalières - étudiants salariés (20)	-	OUI	20€/j.
Fonds secours études (MUTEXAM) (21)	-	OUI	OUI
Allocation Mutualiste Solidarité (21)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (21)	-	OUI	OUI
Assurance bagages (15)	-	OUI	OUI
Assurance perte/vol papiers (15)	-	OUI	OUI

Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la Sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonné). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale n'est pas non plus prise en charge. La franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L.322.2 du Code de la Sécurité sociale et du décret n°2007-1937 du 26/12/2007 n'est également pas prise en charge.

Sauf décision contraire de l'assemblée générale, la modification des taux de remboursement ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale française est sans incidence sur les prestations mutualistes.

Les complémentaires santé Zen LMDE » et « Zen LMDE régime local » sont des contrats responsables au sens des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale et du décret du 18 novembre 2014. La définition de contrat responsable est susceptible d'évoluer selon les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Le total inclut les participations de la Sécurité sociale et de la formule de garantie ou pack de garanties santé LMDE.

Les remboursements s'effectuent dans la limite du montant du forfait et des frais engagés.

(*) les garanties sont exprimées hors régimes spéciaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. Les taux Régime Obligatoire mentionnés sont ceux en vigueur à la date de souscription dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et éventuellement des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que l'ensemble des participations forfaitaires telles que définies en dehors des contrats non responsables. Les taux Régime Obligatoire étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, les données Régime Obligatoire sont donc fournies à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements, elles n'ont pas de valeur contractuelle.

(**) Depuis le 01/01/2017, le Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM pour les médecins et OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens) se substitue au CAS (Contrat d'Accès aux Soins).

(***) Les taux de remboursement incluent le remboursement Sécurité sociale et sont exprimés en pourcentage du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale). Les montants des prestations forfaitaires indiqués sont ceux des garanties LMDE 12 mois sauf indication contraire.

(1) Forfait suivi psychologique versé par consultation. Remboursement sur présentation d'une facture nominative et acquittée.

(2) Versement du forfait confort en hospitalisation dans la limite de 6 € par jour d'hospitalisation (hors soins ambulatoire) et sur présentation d'une facture nominative et acquittée.

(3) La prestation « Participation assuré » est la participation forfaitaire mise à la charge des assurés sociaux et leurs ayants droit pour certains actes affectés d'un coefficient au moins égal à 60 ou d'un montant d'au moins 120€ (article R.322-8 du code de la Sécurité sociale). Le montant pris en charge par les garanties santé concernées est celui fixé par décret et en vigueur à la date d'exécution de l'acte

(4) Pour une monture seule, remboursement sur la base du forfait 2 verres unifocaux simples et dans la limite de 150 €.

(5) Définition des catégories de verres : voir tableaux annexes.

Catégories de verres et codes LPP associés

Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales classe les verres optiques en 3 catégories (verres unifocaux simples A, verres unifocaux ou multifocaux complexes B et verres multifocaux très complexes C). Le remboursement de la Mutuelle dépend de la catégorie des verres.

Verres		Catégorie de verre	Enfants (moins de 18 ans)		Adultes (18 ans et plus)	
			Code LPPverres blancs	Code LPPverres teintés	Code LPPverres blancs	Code LPPverres teintés
Unifocaux	Simple	A	2200393 / 2261874	2270413 / 2242457	2259966 / 2203240	2226412 / 2287916
			2238941 / 2243304	2268385 / 2297441	2212976 / 2280660	2252668 / 2263459
	Complexes	B	2243540 / 2273854	2291088 / 2248320	2282793 / 2235776	2265330 / 2295896
			2283953 / 2245036	2219381 / 2206800	2284527 / 2288519	2254868 / 2299523
Multifocaux	Complexes	B	2259245	2264045	2290396	2291183
			2240671	2282221	2227038	2299180
			2238792	2202452		
			2234239	2259660		
	Très Complexes	C			2245384	2295198
					2202239	2252042

(6) La prise en charge des dispositifs médicaux optiques (montures, verres, lentilles de contact), au titre de la garantie santé LMDE, est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site Internet respecte les critères de santé publique. Le forfait lunettes est limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans, sauf pour les mineurs moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge du forfait équipement optique est annuelle. La période de 2 ans ou d'un an est fixée à compter de la date de souscription du contrat.

Prise en charge de 2 équipements sur une période de 2 ans pour les personnes bénéficiant d'une prescription pour un équipement de près et un équipement de loin.

(7) Forfait complémentaire versé uniquement pour les souscriptions d'une durée supérieure à 3 mois

(8) On entend par forfait implant dentaire tout acte et/ou dispositif médical liés et indispensables à la réalisation d'une implantologie dentaire (couronnes sur implant, bridge implanto-porté ou dento implanto-porté, acte technique, dispositif médical implantaire).

(9) Forfait nutrition versé par consultation, réalisée par un diététicien ou un nutritionniste. Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée.

(10) Forfait équipements de sécurité versé pour l'achat de tout équipement obligatoire ou recommandé par la législation en vigueur destiné à la pratique sportive ou de loisir d'engins roulants non motorisés (roller, vélo, ...) et répondant aux normes de sécurité en vigueur. Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée. Le remboursement des achats effectués sur Internet, au titre de la garantie santé LMDE, ne peut intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(11) Forfait sécurité routière versé pour l'achat d'éthylotests répondant aux normes de sécurité en vigueur. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(12) Forfait versé pour l'achat des protections auditives (jetables, réutilisables ou moulées). Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée ; la prise en charge par la mutuelle des dispositifs médicaux est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(13) Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisés. Le forfait contraception d'urgence, le test de grossesse, les préservatifs masculins et féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin ; il couvre les éventuels risques directs ou indirects du membre participant. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement forfaitaire fractionnable par année universitaire et par personne, dans la limite des sommes déboursées. Pour le forfait « arrêt tabac », remboursement également sur présentation d'un décompte de sécurité sociale. Les substituts nicotiniques, s'ils sont prescrits et figurant sur la liste des substituts nicotiniques pris en charge, sont remboursés par la Sécurité sociale à hauteur de 150 € /an. La participation de la mutuelle est limitée à 90 € / an, participation ou non de la Sécurité sociale.

(14) Convention d'assistance santé au domicile entre la LMDE et Inter mutuelles Assistance consécutivement aux prestations « services d'accompagnement santé », société anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 22 860 000€, entreprise régie par le code des Assurances dont le siège social est situé 118, avenue de Paris 79000 Niort, immatriculée au RCS de Niort sous le numéro 320.281.025. Pour consulter le détail des prestations d'assistance, se reporter à la convention d'assistance santé au domicile LMDE/IMA. IMA ASSURANCES Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris CS 40 000 79033 Niort cedex 9 - Immatriculée au RCS de Niort n° 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

(15)) Inter Partner Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 0415.591.055, dont le siège social est situé Avenue Louise 166 BP 1 – 1050-BRUXELLES – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon.

(16) Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants-droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".

(17) Le risque lié à cette garantie est porté par JURIDICA, Société Anonyme au capital de 14 627 854,68 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Versailles sous le numéro 572 079 150, dont le siège social est 1, place Victorien Sardou - 78160 Marly-le-Roi. Entreprise régie par le Code des assurances.

(18) Le service est autorisé par la CNIL (Délibération 2015-134 du 23/04/2015) et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé. La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical et renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré. Service fourni AXA France VIE, Société Anonyme régie par le code des Assurances au capital de 487 725 073.50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprise régie par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 Rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09

(19) ITÉLIS Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 € dont le siège social est situé 218 avenue Jean Jaurès, 75019 Paris, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro - 440 358 471, mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°10058758.

(20) Indemnité Journalière hospitalière forfaitaire versée au membre participant ou leur ayant droit à compter du 4ème jour consécutif de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, un accident ou une opération chirurgicale, dans la limite de 30 jours/année universitaire.

(21) Toutes les informations sur les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le présent Règlement Mutualiste.

ZEN LMDE Soins réalisés à l'étranger	Si non remboursement par un Régime Obligatoire (a)	Si remboursement par un Régime Obligatoire
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	100%	Dispense d'avance de frais par AXA à concurrence de de 150 000€ / assuré et par période de couverture prise en charge par AXA ou 150 % de BRSS (b) si absence de dispense d'avance de frais
Transport ambulance	100%	
SOINS		
Pharmacie	100%	100% TRSS
Généraliste (consultation et visite)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
Laboratoire (analyses médicales)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
DENTAIRE ET OPTIQUE		
Soins dentaires	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
Optique	100%	100% TRSS
Prothèse dentaire	100%	100% TRSS
SPECIALITES ET PARAMEDICAL		
Imagerie médicale	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
Spécialiste (consultation et visite)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
Orthopédie / Prothèse	100%	100% TRSS
Auxiliaires Médicaux (Kinésithérapeutes, infirmières...)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
ASSISTANCE / RAPATRIEMENT (c)		
Selon les conditions prévues dans les conditions générales remises avant la souscription par LMDE/AXA	Inclus	Inclus

- (a) Contrat d'assurance pour l'assistance entre LMDE et Inter Partner Assistance, Inter Partner Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 0415.591.055, dont le siège social est situé Avenue Louise 166 BP 1 – 1050-BRUXELLES – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon. IPA intervient sous la marque Axa Assistance.

- (b) Les pourcentages sont exprimés en fonction des bases de remboursement de la Sécurité sociale française et incluent le remboursement de la Sécurité sociale.

La liste des coefficients multiplicateurs par pays est consultable en annexe 16

ANNEXE 10 : « ZEN LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE »

Cotisations 2018/2019 TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

ZEN LMDE Régime local Alsace Moselle	18 mois	17 mois	16 mois	15 mois	14 mois	13 mois	12 mois	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois
Adulte	367.74 €	347.31 €	326.88 €	306.45 €	286.02 €	265.59 €	245.16 €	183.87 €	163.44 €	143.01 €	122.58 €	102.15 €	81.72 €	61.29 €
Enfant ayant droit (- de 18 ans)	187.74 €	177.31 €	166.88 €	156.45 €	146.02 €	135.59 €	125.16 €	93.87 €	83.44 €	73.01 €	62.58 €	52.15 €	41.72 €	31.29 €

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/07/2018

ZEN LMDE REGIME LOCAL	Remboursements		
	Sécurité sociale	LMDE	TOTAL (Sécurité sociale +LMDE) (*) (***)
	TRSS		
SOINS COURANTS			
Consultations visites généralistes (DPTAM**)	90%	60%	150%
Consultations visites généralistes (hors DPTAM**)	90%	40%	130%
Consultations visites spécialistes (DPTAM**)	90%	60%	150%
Consultations visites spécialistes (hors DPTAM**)	90%	40%	130%
Actes techniques médicaux (DPTAM/hors DPTAM**)	90%	10%	100%
Analyses et examens de laboratoire	90%	10%	100%
Imagerie médicale (DPTAM/hors DPTAM**)	90%	10%	100%
Auxiliaires médicaux	90%	10%	100%
Consultations psychologues (1) (13)	-	20 € - 5 x / an	20 € - 5 x / an
PHARMACIE			
Pharmacie 65 %	90%	10%	100%
Pharmacie 30 %	80%	20%	100%
Pharmacie 15 %	15%	85%	100%
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	90 € / an	90 € / an
HOSPITALISATION COURT SEJOUR, SOINS DE SUITE ET READAPTATION			
Honoraires médicaux (DPTAM**)	100%	50%	150%
Honoraires médicaux (hors DPTAM**)	100%	30%	130%
Honoraires chirurgicaux (DPTAM**)	100%	-	100%
Honoraires chirurgicaux (hors DPTAM**)	100%	-	100%
Frais de séjour, durée illimitée	100%	-	100%
Frais de transport	100%	-	100%
Forfait Confort en hospitalisation (TV, téléphone, internet) (2) (13)	-	6 € / jour	6 € / jour
Forfait journalier hospitalier, durée illimitée	-	20 € / jour	20 € / jour
Forfait journalier hospitalier psychiatrique, durée illimitée	-	15 € / jour	15 € / jour
Participation assurée de 18 € pour les actes médicaux > ou = 120 € (Art.R 322-8 du code de la sécurité sociale) (3)	-	frais réels / acte	frais réels / acte

OPTIQUE			
Monture (4) (6) + verres simples (5) (6)	90%	10% + 200€ (7) / 2 ans (6)	100% + 200€(7) / 2 ans(6)
Monture + verres complexes / très complexes / mixtes (5) (6)	90%	10% + 250€(7) / 2 ans(6)	100% + 250€(7) / 2 ans(6)
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (6)	90%	10% + 50 €(7) / an(6)	100 % + 50 €(7) / an(6)
Matériel pour amblyopie	90%	10%	100%
DENTAIRE			
Soins dentaires	90%	40%	130%
Inlay / Onlay	90%	40%	130%
Inlay core	90%	40%	130%
Prothèses dentaires fixes remboursées par la Sécurité sociale	90%	10% + 250 €(7) / an	100 % + 250 €(7) / an
Rebasage, réparation, adjonction ou remplacement de dents ou crochets	90%	10%	100%
Prothèses amovibles remboursées par la Sécurité sociale	90%	10%	100%
Orthodontie remboursés par la Sécurité sociale	90% ou 100%	10% ou néant	100%
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	250 € / an(7)	250 € / an(7)
Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale (8)	-	250 € / an(7)	250 € / an(7)
Implantologie remboursée par la Sécurité sociale (8)	90%	10%	100%
ACOUSTIQUE ET APPAREILLAGE			
Prothèses auditives	90%	10% + 150 € / an	100 % + 150 € / an
Petit appareillage, orthèses	90%	10%	100%
Orthopédie et grand appareillage	90%	10%	100 % + 50 € / an
Prothèses capillaires, mammaires	90% ou 100 %	10% ou néant	100%
PREVENTION			
Tous actes de prévention (arrêté du 08/06/2006)	90%	10%	100%
Forfait nutrition (bilan et consultation de suivi) (9) (13)	-	10 € - 4 x / an	10 € - 4 x / an
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale (DPTAM / hors DPTAM**)	90%	10%	100%
Forfait équipements de sécurité (casque vélo...) (10) (13)	-	20 € / an	20 € / an
Forfait sécurité routière (éthylotests) (11) (13)	-	10 € / an	10 € / an
Forfait protections auditives (bouchons d'oreilles) (12) (13)	-	20 € X 2 / an	20 € X 2 / an
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (13)	-	80 € / an	80 € / an
Test VIH (13)	-	10 € / an	10 € / an
Contraception d'urgence (13)	-	20 € / an	20 € / an
Protections hygiéniques (13)	-	25 € / an	25 € / an
Préservatifs masculins/féminins (13)	-	40 € / an	40 € / an
Test de grossesse (13)	-	10 € / an	10 € / an
Substituts nicotiniques (13)	néant ou 150 €	90 €	90€ ou 240 € / an

ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Assistance santé (14)	-	OUI	OUI
Soins à l'étranger et Assistance/Rapatriement (15)	-	OUI	OUI
Responsabilité Civile (16)	-	OUI	OUI
Individuelle Accident (16)	-	OUI	OUI
Protection juridique (17)	-	OUI	OUI
Téléconsultation médicale (18)	-	OUI	OUI
Réseau de soins ITELIS (19)	-	OUI	OUI
Indemnités Journalières Hospitalières - étudiants salariés (20)	-	OUI	20€/j
Fonds de secours études (MUTEXAM) (21)	-	OUI	OUI
Allocation Mutualiste de Solidarité (21)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (21)	-	OUI	OUI
Assurance bagages (15)	-	OUI	OUI
Assurance perte/vol papiers (15)	-	OUI	OUI

Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la Sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonné). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale n'est pas non plus prise en charge. La franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L.322.2 du Code de la Sécurité sociale et du décret n°2007-1937 du 26/12/2007 n'est également pas prise en charge.

Sauf décision contraire de l'assemblée générale, la modification des taux de remboursement ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale française est sans incidence sur les prestations mutualistes.

Les complémentaire santé « Zen LMDE » et « Zen LMDE régime local » sont des contrats responsables au sens des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale et du décret du 18 novembre 2014. La définition de contrat responsable est susceptible d'évoluer selon les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Le total inclut les participations de la Sécurité sociale et de la formule de garantie ou pack de garanties santé LMDE.

Les remboursements s'effectuent dans la limite du forfait et des frais engagés.

(*) les garanties sont exprimées hors régimes spéciaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. Les taux Régime Obligatoire mentionnés sont ceux en vigueur à la date de souscription dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et éventuellement des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que l'ensemble des participations forfaitaires telles que définies en dehors des contrats non responsables. Les taux Régime Obligatoire étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, les données Régime Obligatoire sont donc fournies à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements, elles n'ont pas de valeur contractuelle.

(**) Depuis le 01/01/2017, le Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM pour les médecins et OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens) se substitue au CAS (Contrat d'Accès aux Soins).

(***) Les taux de remboursement incluent le remboursement Sécurité sociale et sont exprimés en pourcentage du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale). Les montants des prestations forfaitaires indiqués sont ceux des garanties LMDE 12 mois sauf indication contraire.

(1) Forfait suivi psychologique versé par consultation. Remboursement sur présentation d'une facture nominative et acquittée.

(2) Versement du forfait confort en hospitalisation dans la limite de 6€ par jour d'hospitalisation (hors soins ambulatoire) et sur présentation d'une facture nominative et acquittée.

(3) La prestation « Participation assuré » est la participation forfaitaire mise à la charge des assurés sociaux et leurs ayants droit pour certains actes affectés d'un coefficient au moins égal à 60 ou d'un montant d'au moins 120€ (article R.322-8 du code de la Sécurité sociale). Le montant pris en charge par les garanties santé concernées est celui fixé par décret et en vigueur à la date d'exécution de l'acte.

(4) Pour une monture seule, remboursement sur la base du forfait 2 verres unifocaux simples et dans la limite de 150 €.

(5) Définition des catégories de verres :

Catégories de verres et codes LPP associés

Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales classe les verres optiques en 3 catégories (verres unifocaux simples A, verres unifocaux ou multifocaux complexes B et verres multifocaux très complexes C). Le remboursement de la Mutuelle dépend de la catégorie des verres.

		Enfants (moins de 18 ans)		Adultes (18 ans et plus)	
Verres	Catégorie de verre	Code LPPverres blancs	Code LPPverres teintés	Code LPPverres blancs	Code LPPverres teintés
Unifocaux	Simplex	A	2200393 / 2261874	2270413 / 2242457	2259966 / 2203240
			2238941 / 2243304	2268385 / 2297441	2212976 / 2280660
	Complexes	B	2243540 / 2273854	2291088 / 2248320	2282793 / 2235776
			2283953 / 2245036	2219381 / 2206800	2284527 / 2288519
Multifocaux	Complexes	B	2259245	2264045	2290396
			2240671	2282221	2227038
			2238792	2202452	
			2234239	2259660	
	Très Complexes	C			2245384
					2252042

(6) La prise en charge des dispositifs médicaux optiques (montures, verres, lentilles de contact), au titre de la garantie santé LMDE, est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site Internet respecte les critères de santé publique. Le forfait lunettes

est limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans, sauf pour les mineurs moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge du forfait équipement optique est annuelle. La période de 2 ans ou d'un an est fixée à compter de la date de souscription du contrat.
Prise en charge de 2 équipements sur une période de 2 ans pour les personnes bénéficiant d'une prescription pour un équipement de près et un équipement de loin.

(7) Forfait complémentaire versé uniquement pour les souscriptions d'une durée supérieure à 3 mois

(8) On entend par forfait implant dentaire tout acte et/ou dispositif médical liés et indispensables à la réalisation d'une implantologie dentaire (couronnes sur implant, bridge implanto-porté ou dento implanto-porté, acte technique, dispositif médical implantaire).

(9) Forfait nutrition versé par consultation, réalisée par un diététicien ou un nutritionniste. Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée.

(10) Forfait équipements de sécurité versé pour l'achat de tout équipement obligatoire ou recommandé par la législation en vigueur destiné à la pratique sportive ou de loisir d'engins roulants non motorisés (roller, vélo, ...) et répondant aux normes de sécurité en vigueur. Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée. Le remboursement des achats effectués sur Internet, au titre de la garantie santé LMDE, ne peut intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(11) Forfait sécurité routière versé pour l'achat d'éthylotests répondant aux normes de sécurité en vigueur. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(12) Forfait versé pour l'achat des protections auditives (jetables, réutilisables ou moulées). Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée ; la prise en charge par la mutuelle des dispositifs médicaux est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(13) Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisés. Le forfait contraception d'urgence, le test de grossesse, les préservatifs masculins et féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin ; il couvre les éventuels risques directs ou indirects du membre participant. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement forfaitaire fractionnable par année universitaire et par personne, dans la limite des sommes déboursées.

Pour le forfait « arrêt tabac », remboursement également sur présentation d'un décompte de sécurité sociale. Les substituts nicotiques, s'ils sont prescrits et figurant sur la liste des substituts nicotiques pris en charge, sont remboursés par la Sécurité sociale à hauteur de 150 €/an. La participation de la mutuelle est limitée à 90 €/an, participation ou non de la Sécurité sociale.

(14) Convention d'assistance santé au domicile entre la LMDE et Inter Mutuelles Assistance consécutivement aux prestations « services d'accompagnement santé », société anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 22 860 000€, entreprise régie par le code des Assurances dont le siège social est situé 118, avenue de Paris 79000 Niort, immatriculée au RCS de Niort sous le numéro 320.281.025. Pour consulter le détail des prestations d'assistance, se reporter à la convention d'assistance santé au domicile LMDE/IMA. IMA ASSURANCES Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris CS 40 000 79033 Niort cedex 9 - Immatriculée au RCS de Niort n° 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

(15) Inter Partner Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 0415.591.055, dont le siège social est situé Avenue Louise 166 BP 1 – 1050-BRUXELLES – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon.

(16) Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants-droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".

(17) Le risque lié à cette garantie est porté par JURIDICA, Société Anonyme au capital de 14 627 854,68 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Versailles sous le numéro 572 079 150, dont le siège social est 1, place Victorien Sardou - 78160 Marly-le-Roi. Entreprise régie par le Code des assurances.

(18) Le service est autorisé par la CNIL (Délibération 2015-134 du 23/04/2015) et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé. La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical et renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré. Service fourni par AXA France VIE, Société Anonyme régie par le code des Assurances au capital de 487 725 073.50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprise régie par le code de la Loi relative aux assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 Rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09

(19) ITÉLIS Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 € dont le siège social est situé 218 avenue Jean Jaurès, 75019 Paris, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro – 440 358 471, mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°10058758.

(20) Indemnité Journalière hospitalière forfaitaire versée au membre participant ou leur ayant droit à compter du 4^{ème} jour consécutif de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, un accident ou une opération chirurgicale, dans la limite de 30 jours/année universitaire.

(21) Toutes les informations sur les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le présent Règlement Mutualiste.

TABEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/07/2018

ZEN LMDE REGIME LOCAL Soins réalisés à l'étranger	Si non remboursement par un Régime Obligatoire (a)	Si remboursement par un Régime Obligatoire
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	100%	Dispense d'avance de frais par AXA à concurrence de de 150 000€ / assuré et par période de couverture ou 150 % de BRSS si absence de dispense d'avance de frais AXA (b)
IVG	100%	
Transport ambulance	100%	
SOINS		
Pharmacie	100%	100% TRSS
Généraliste (consultation et visite)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
Laboratoire (analyses médicales)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
DENTAIRE ET OPTIQUE		
Soins dentaires	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
Optique	100%	100% TRSS
Prothèse dentaire	100%	100% TRSS
SPECIALITES ET PARAMEDICAL		
Imagerie Médicale	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
Spécialiste (consultation et visite)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
Orthopédie / Prothèse	100%	100% TRSS
Auxiliaires Médicaux (Kinésithérapeutes, infirmières...)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
ASSISTANCE / RAPATRIEMENT		
Selon les conditions générales remises avant la souscription par LMDE	Inclus	Inclus

(a) Contrat d'assurance pour l'assistance entre la LMDE Inter Partner Assistance, Inter Partner Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 0415.591.055, dont le siège social est situé Avenue Louise 166 BP 1 – 1050-BRUXELLES – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon. IPA intervient sous la marque Axa Assistance.

(b) Les pourcentages sont exprimés en fonction des bases de remboursement de la Sécurité sociale française et incluent le remboursement de la Sécurité sociale

La liste des coefficients multiplicateurs par pays est consultable en annexe 16

ANNEXE 11 : « PACK LMDE EUROPE » ET « PACK LMDE MONDE »

Cotisations 2018/2019 TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

PACK LMDE EUROPE	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois	2 mois	1 mois
Adulte	378,00€	336,00€	294,00€	252,00€	210,00€	168,00€	126,00€	84,00€	42,00€
Enfant ayant droit (- de 18 ans)	211,68€	188,16€	164,64€	141,12€	117,60€	94,08€	70,56€	47,04€	23,52€

PACK LMDE MONDE	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois	2 mois	1 mois
Adulte	441,00€	392,00€	343,00€	294,00€	245,00€	196,00€	147,00€	98,00€	49,00€
Enfant ayant droit (- de 18 ans)	246,96€	219,52€	192,08€	164,64€	137,20€	109,76€	82,32€	54,88€	27,44€

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/10/2018

PACK LMDE EUROPE ET MONDE	Remboursements		
Prestations remboursées si effectuées en France ou à l'étranger	Sécurité sociale (TRSS)	LMDE	TOTAL (Sécurité sociale +LMDE)(*) (***)
Prévention et Forfaits			
Forfait équipements de sécurité (casque vélo...) (1)	-	7,50 € / 9 mois	7,50 € / 9 mois
Forfait sécurité routière (éthylotests) (2)	-	7,50 € / 9 mois	7,50 € / 9 mois
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (3)	-	45 € / 9 mois	45 € / 9 mois
Contraception d'urgence (3)	-	7,50 € / 9 mois	7,50 € / 9 mois
Préservatifs masculins/féminins (3)	-	30 € / 9 mois	30 € / 9 mois
Test de grossesse (3)	-	7,50 € / 9 mois	7,50 € / 9 mois
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	120 € / 9 mois	120 € / 9 mois

Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la Sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonné). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale n'est pas non plus prise en charge. La franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L.322.2 du Code de la Sécurité sociale et du décret n°2007-1937 du 26/12/2007 n'est également pas prise en charge.

Sauf décision contraire de l'assemblée générale, la modification des taux de remboursement ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale française est sans incidence sur les prestations mutualistes.

Le total inclut les participations de la Sécurité sociale et de la formule de garantie ou pack de garanties santé LMDE.

(*) les garanties sont exprimées dans la limite des frais réellement engagés. Les taux Régime Obligatoire mentionnés sont ceux en vigueur à la date de souscription. Les taux Régime Obligatoire étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, les données Régime Obligatoire sont donc fournies à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements, elles n'ont pas de valeur contractuelle.

(***) Les taux de remboursement incluent le remboursement Sécurité sociale et sont exprimés en pourcentage du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale française). Les montants des prestations forfaitaires indiqués sont ceux des garanties LMDE 9 mois sauf indication contraire.

(1) Forfait équipements de sécurité versé pour l'achat de tout équipement obligatoire ou recommandé par la législation en vigueur destiné à la pratique sportive ou de loisir d'engins roulants non motorisés (roller, vélo, ...) et répondant aux normes de sécurité en vigueur. Le remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée. Le remboursement des achats effectués sur Internet, au titre de la garantie santé LMDE, ne peut intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(2) Forfait sécurité routière versé pour l'achat d'éthylotests répondant aux normes de sécurité en vigueur. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(3) Le versement de ce forfait est sur présentation d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisés. Le forfait contraception d'urgence, le test de grossesse, les préservatifs masculins et féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin ; il couvre les éventuels risques directs ou indirects du membre participant. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement forfaitaire fractionnable par année universitaire et par personne, dans la limite des sommes déboursées.

PACK LMDE EUROPE ET MONDE		Remboursements	
Soins Réalisés à l'étranger	Si non remboursement par un Régime Obligatoire (a)	Si remboursement par un Régime Obligatoire	
HOSPITALISATION			
Hospitalisation médicale ou chirurgicale (y compris IVG)	100%	Dispense d'avance de frais par AXA à concurrence de de 150 000€ / assuré et par période de couverture prise en charge par AXA (a) ou 150 % de BRSS (b) si absence de dispense d'avance de frais AXA	
Transport ambulance	100%		
SOINS COURANTS			
Généraliste et spécialiste (consultation et visite)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays	
Auxiliaires Médicaux (Kinésithérapeutes, infirmières)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays	
Laboratoire (analyses médicales)	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays	
Pharmacie	100%	100% TRSS	
Imagerie médicale	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays	
DENTAIRE ET OPTIQUE			
Soins dentaires	100%	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays	
Prothèses dentaires	100%	100% TRSS	
Optique	100%	100% TRSS	
APPAREILLAGE			
Petit appareillage, orthèses	100%	100% TRSS	
Orthopédie et grand appareillage	100%	100% TRSS	
ASSURANCES (a)			
Assistance/rapatriement	Inclus	Selon les conditions générales remises avant la souscription par LMDE	
Responsabilité Civile	Inclus	Inclus	
Assurance bagages	Inclus	Inclus	
Téléconsultation médicale	Inclus	Inclus	

(a) Contrat d'assurance pour l'assistance entre la LMDE Inter Partner Assistance, Inter Partner Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 0415.591.055, dont le siège social est situé Avenue Louise 166 BP 1 – 1050-BRUXELLES – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon. IPA intervient sous la marque Axa Assistance.

Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants-droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".

(b) Les pourcentages sont exprimés en fonction des bases de remboursement de la Sécurité sociale française et incluent le remboursement de la Sécurité sociale.

La liste des coefficients multiplicateurs par pays est consultable en annexe 16.

ANNEXE 12 : « COUVERTURE ETUDIANT ETRANGER »

Cotisations 2018/2019 TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

CEE	12 mois	9 mois	6 mois	3 mois	2 mois	1 mois
Adulte	624,00€	468,00€	312,00€	156,00€	104,00€	52,00€
Enfant ayant droit (- de 18 ans)	624,00€	468,00€	312,00€	156,00€	104,00€	52,00 €

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/10/2018

Couverture Etudiants Etrangers	remboursements
	Offre LMDE (*)
HONORAIRES DE SOINS	
Médecin généraliste	100%
Médecin spécialiste	100%
AUTRES SOINS	
Pharmacie figurant sur la liste des produits remboursables par la Sécurité sociale française	100%
	100%
	100%
Hospitalisation (médicale ou chirurgicale y compris IVG)	100%
Transport	100%
Chirurgie sans hospitalisation	100%
Laboratoire	100%
Soins dentaires et prothèses dentaires	100%
Auxiliaires médicaux	100%
Fournitures optiques (montures, verres et lentilles)	100%
Orthopédie / Prothèse	100%
Soins consécutifs à un accident garanti (1)	100%
PREVENTION ET FORFAITS	
Consultation annuelle de prévention bucco-dentaire	100%
Forfait contraception non remboursée par la Sécurité sociale (2)	55€ / an (13,75€ / trimestre)
Vaccins, rappels et traitements anti-paludéens non remboursés par la Sécurité sociale (2)	90€ / an
Forfait Journalier Hospitalier (3)	OUI
Participation assuré (article R.322-8 du Code de la Sécurité sociale)	18 €

PRESTATIONS SOLIDARITE	
Allocation Mutualiste de Solidarité	OUI
Fonds d'aide à la compensation du handicap	OUI
Fonds de secours études MUTEXAM	OUI

Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la Sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonné). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale n'est pas non plus prise en charge. La franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L.322.2 du Code de la Sécurité sociale et du décret n°2007-1937 du 26/12/2007 n'est également pas prise en charge.

Sauf décision contraire de l'assemblée générale, la modification des taux de remboursement ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale française est sans incidence sur les prestations mutualistes.

Les remboursements s'effectuent dans la limite du montant du forfait et des frais engagés.

(*) Les taux de remboursement sont exprimés en pourcentage du BRSS française (Base de Remboursement de la Sécurité sociale). Les montants des prestations forfaitaires indiqués sont ceux des garanties LMDE 12 mois sauf indication contraire.

(1) Est considéré comme un accident toute atteinte corporelle non intentionnelle et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Soins consécutifs à un accident garanti : acte réalisé par un médecin, équipement optique (verres, monture), soins médicaux.

(2) Le versement de ce forfait est sur présentation d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisés. Le forfait contraception peut être servi aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin ; il couvre les éventuels risques directs ou indirects du membre participant. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement forfaitaire fractionnable par année universitaire et par personne, dans la limite des sommes déboursées.

(3) Le forfait journalier hospitalier est limité à 30 jours par année universitaire

ANNEXE 13 : « ETUD'EXPAT LMDE/CFE EUROPE » ET « ETUD'EXPAT LMDE/CFE MONDE »

Cotisations 2018/2019 TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

ETUD'EXPAT EUROPE	3 mois	2 mois	1 mois
Adulte	274,20€	182,80€	91,40€

ETUD'EXPAT MONDE	3 mois	2 mois	1 mois
Adulte	293,25€	195,50€	97,75€

TABEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/10/2018

ETUD EXPAT LMDE / CFE EUROPE ET MONDE	Remboursements		
Soins Réalisés en France	CFE	LMDE	TOTAL (CFE +LMDE) (*)
SOINS COURANTS			
Consultations visites généralistes (DPTAM**)	70%	30%	100%
Consultations visites généralistes (hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Consultations visites spécialistes (DPTAM**)	70%	30%	100%
Consultations visites spécialistes (hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Actes techniques médicaux (DPTAM/hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60 % ou 70 %	40% ou 30%	100%
Imagerie médicale (DPTAM/hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Auxiliaires médicaux	60%	40%	100%
Consultations psychologues (1)	-	10 € - 1 x / 3 mois	10 € - 1 x / 3 mois
PHARMACIE			
Pharmacie 65 %	65%	35%	100%
Pharmacie 30 %	30%	70%	100%
HOSPITALISATION COURT SEJOUR, SOINS DE SUITE ET READAPTATION			
Honoraires médicaux (DPTAM**)	80%	20%	100%
Honoraires médicaux (hors DPTAM**)	80%	20%	100%
Honoraires chirurgicaux (DPTAM**)	80%	20%	100%
Honoraires chirurgicaux (hors DPTAM**)	80%	20%	100%
Frais de séjour, durée illimitée	80%	20%	100%
Frais de transport	65%	35%	100%
Forfait journalier hospitalier, durée illimitée	-	20 € / jour	20 € / jour
Forfait journalier hospitalier	-	15 € / jour	15 € / jour

psychiatrique, durée illimitée			
Participation assurée de 18 € pour les actes médicaux > ou = 120 € (Art.R 322-8 du code de la sécurité sociale) (2)	-	frais réels / acte	frais réels / acte
OPTIQUE			
Monture + verres (4)	60%	40%	100%
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (4)	60%	40%	100%
Matériel pour amblyopie	60%	40%	100%
DENTAIRE			
Soins dentaires et prothétiques	70%	30%	100%
Inlay / Onlay	70%	30%	100%
Inlay core	70%	30%	100%
Prothèses dentaires fixes remboursées par la Sécurité sociale	70%	30%	100%
Rebasage, réparation, adjonction ou remplacement de dents ou crochets	néant ou 70 %	néant ou 30%	néant ou 100 %
Prothèses amovibles remboursées par la Sécurité sociale	70%	30%	100%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	70 % ou 100 %	30% ou néant	100%
Implantologie remboursée par la Sécurité sociale	70%	-	70%
ACOUSTIQUE ET APPAREILLAGE			
Prothèses auditives	60% ou 100%	40% ou néant	100%
Frais d'entretien, fournitures, accessoires prothèses auditives	60% ou 100%	40% ou néant	100%
Petit appareillage, orthèses	60%	40%	100%
Orthopédie et grand appareillage	60 % ou 100 %	40% ou néant	100%
Prothèses capillaires, mammaires	60% ou 100 %	40% ou néant	100%
PREVENTION			
Tous actes de prévention (arrêté du 08/06/2006)	60 %, 65 % ou 70 %	40%, 35% ou 30%	100%
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale (DPTAM / hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Substituts nicotiniques (8)	néant ou 150 €	22,50 € / 3 mois	22,50 € / 3 mois
ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Assistance santé (9)	-	OUI	OUI
Soins réalisés à l'étranger et Assistance/Rapatriement (10)	-	OUI	OUI
Responsabilité Civile (11)	-	OUI	OUI

Indemnités Journalières Hospitalières - étudiants salariés (12)	-	OUI	20€/j
Fonds de secours études (MUTEXAM) (13)	-	OUI	OUI
Allocation Mutualiste de Solidarité (13)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (13)	-	OUI	OUI
Assurances bagages (10)		OUI	OUI
Téléconsultation Médicale (14)		OUI	OUI

ETUD EXPAT LMDE / CFE EUROPE ET MONDE	Remboursements		
Prestations remboursées si effectuées en France ou à l'étranger	CFE	LMDE (*) (**)	TOTAL (CFE+LMDE) (*) (**)
PREVENTION			
Tous actes de prévention (arrêté du 08/06/2006)	60 %, 65 % ou 70 %	40%, 35% ou 30%	100%
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale (DPTAM / hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Forfait équipements de sécurité (casque vélo...) (5)	-	2,50 € / 3 mois	2,50 € / 3 mois
Forfait sécurité routière (éthylotests) (6)	-	2,50 € / 3 mois	2,50 € / 3 mois
Forfait protections auditives (bouchons d'oreilles) (7)	-	2,50 € / 3 mois	2,50 € / 3 mois
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (8)	-	15 € / 3 mois	15 € / 3 mois
Test VIH (8)	-	2,50 € / 3 mois	2,50 € / 3 mois
Contraception d'urgence (8)	-	2,50 € / 3 mois	2,50 € / 3 mois
Préservatifs masculins/féminins (8)	-	7,50 € / 3 mois	7,50 € / 3 mois
Test de grossesse (8)	-	2,50 € / 3 mois	2,50 € / 3 mois
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	22,50 € / 3 mois	22,50 € / 3 mois

Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la Sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonné). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale n'est pas non plus prise en charge. La franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L.322.2 du Code de la Sécurité sociale et du décret n°2007-1937 du 26/12/2007 n'est également pas prise en charge.

Sauf décision contraire de l'assemblée générale, la modification des taux de remboursement ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale française est sans incidence sur les prestations mutualistes.

Le total inclut les participations de la Sécurité sociale et de la formule de garantie ou pack de garanties santé LMDE.

Les remboursements s'effectuent dans la limite du montant du forfait et des frais engagés.

(*) Les taux de remboursement incluent le remboursement Sécurité sociale et sont exprimés en pourcentage du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale). Les montants des prestations forfaitaires indiqués sont ceux des garanties LMDE 12 mois sauf indication contraire.

(**) Depuis le 01/01/2017, le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM pour les médecins et OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens) se substitue au CAS (Contrat d'Accès aux Soins).

(1) Forfait suivi psychologique versé par consultation. Remboursement sur présentation d'une facture nominative et acquittée.

(2) La prestation « Participation assuré » est la participation forfaitaire mise à la charge des assurés sociaux et leurs ayants droit pour certains actes affectés d'un coefficient au moins égal à 60 ou d'un montant d'au moins 120€ (article R.322-8 du code de la Sécurité sociale). Le montant pris en charge par les garanties santé concernées est celui fixé par décret et en vigueur à la date d'exécution de l'acte

(3) Est considéré comme un accident toute atteinte corporelle non intentionnelle et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Soins consécutifs à un accident garanti : acte réalisé par un médecin, équipement optique (verres, monture), soins médicaux.

(4) La prise en charge des dispositifs médicaux optiques (montures, verres, lentilles de contact), au titre de la garantie santé LMDE, est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site Internet respecte les critères de santé publique.. Le forfait lunettes est limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans, sauf pour les mineurs moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge du forfait équipement optique est annuelle. La période de 2 ans ou d'un an est fixée à compter de la date de souscription du contrat. Prise en charge de 2 équipements sur une période de 2 ans pour les personnes bénéficiant d'une prescription pour un équipement de près et un équipement de loin.

(5) Forfait équipements de sécurité versé pour l'achat de tout équipement obligatoire ou recommandé par la législation en vigueur destiné à la pratique sportive ou de loisir d'engins roulants non motorisés (roller, vélo, ...) et répondant aux normes de sécurité en vigueur. Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée. Le remboursement des achats effectués sur Internet, au titre de la garantie santé LMDE, ne peut intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(6) Forfait sécurité routière versé pour l'achat d'éthylotests répondant aux normes de sécurité en vigueur. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. (se reporter au tableau des prestations forfaitaires).

(7) Forfait versé pour l'achat des protections auditives (jetables, réutilisables ou moulées). Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée ; la prise en charge par la mutuelle des dispositifs médicaux est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(8) Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisés. Le forfait contraception d'urgence, le test de grossesse, les préservatifs masculins et féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin ; il couvre les éventuels risques directs ou indirects du membre participant. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement forfaitaire fractionnable par année universitaire et par personne, dans la limite des sommes déboursées. .

Pour le forfait « arrêt tabac », remboursement également sur présentation d'un décompte de sécurité sociale. Les substituts nicotiniques, s'ils sont prescrits et figurant sur la liste des substituts nicotiniques pris en charge, sont remboursés par la Sécurité sociale à hauteur de 150 € /an. La participation de la mutuelle est limitée à 90 € / an, participation ou non de la Sécurité sociale.

(9) Convention d'assistance santé au domicile entre la LMDE et Inter Mutuelles Assistance consécutivement aux prestations « services d'accompagnement santé », société anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 22 860 000€, entreprise régie par le code des Assurances dont le siège social est situé 118, avenue de Paris 79000 Niort, immatriculée au RCS de Niort sous le numéro 320.281.025. Pour consulter le détail des prestations d'assistance, se reporter à la convention d'assistance santé au domicile LMDE/IMA. IMA ASSURANCES Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris CS 40 000 79033 Niort cedex 9 - Immatriculée au RCS de Niort n° 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

(10) Inter Partner Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 0415.591.055, dont le siège social est situé Avenue Louise 166 BP 1 – 1050-BRUXELLES – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon.

(11) Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants-droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".

(12) Indemnité Journalière hospitalière forfaitaire versée au membre participant ou leur ayant droit à compter du 4ème jour consécutif de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, un accident ou une opération chirurgicale, dans la limite de 30 jours/année universitaire.

(13) Toutes les informations sur les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le présent Règlement Mutualiste.

(14) Le service est autorisé par la CNIL (Délibération 2015-134 du 23/04/2015) et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé. La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical et renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré. Service fourni par AXA France VIE, Société Anonyme régie par le code des Assurances au capital de 487 725 073.50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprise régie par le code de le Code des assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 Rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09

ETUD EXPAT LMDE / CFE EUROPE ET MONDE	Remboursements
Soins Réalisés à l'étranger	Si remboursement par la CFE
HOSPITALISATION	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	Dispense d'avance de frais par AXA à concurrence de de 150 000€ / assuré et par période de couverture prise en charge par AXA (a) ou 150 % de BRSS (b) si absence de dispense d'avance de frais AXA
Transport ambulance	
SOINS	
Pharmacie	100% TRSS
Généraliste (consultation et visite)	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
Laboratoire (analyses médicales)	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
DENTAIRE ET OPTIQUE	
Soins dentaires	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays
Optique	100% TRSS
Prothèses dentaires	100% TRSS
SPECIALISTES ET PARAMEDICAL	
Imagerie Médicale	100% TRSS
Spécialiste (consultation et visite)	100% TRSS
Orthopédie / Prothèse	100% TRSS ou coefficient multiplicateur selon pays

Auxiliaires infirmières)	Médicaux (Kinésithérapeutes,	100% TRSS
ASSISTANCE/RAPATRIEMENT		
Selon les conditions générales remises avant la souscription par LMDE (b)		Inclus

- (a) Les pourcentages sont exprimés en fonction des bases de remboursement de la Sécurité sociale française et incluent le remboursement de la Sécurité sociale.
- (b) Contrat d'assurance pour l'assistance entre la LMDE Inter Partner Assistance, Société anonyme de droit belge, au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le numéro de code 0487, immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 415 591 055, dont le siège social est situé avenue Louise 166 BP 1 – 1050 Bruxelles – Belgique, prise au travers de sa succursale française Axa Assistance immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 6, rue André Gide – 92320 Châtillon. IPA intervient sous la marque Axa Assistance.

La liste des coefficients multiplicateurs par pays est consultable en annexe 16

ANNEXE 14 : « FOREIGN STUDENT HEALTHCARE »

Cotisations 2018/2019 TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

Foreign Student Healthcare	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois	2 mois	1 mois
Adulte	351.00 €	312.00 €	273.00 €	234.00 €	195.00 €	156.00 €	117.00 €	78.00 €	39.00 €
Enfant ayant droit (- de 18 ans)	196.56 €	174.72 €	152.88 €	131.04 €	109.20 €	87.36 €	65.52 €	43.68 €	21.84 €

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/10/2018

FOREIGN STUDENT HEALTHCARE	Remboursements		
	Sécurité sociale TRSS	LMDE	TOTAL (Sécurité sociale + LMDE) (*) (***)
SOINS COURANTS			
Consultations visites généralistes (DPTAM**)	70%	30%	100%
Consultations visites généralistes (hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Consultations visites spécialistes (DPTAM**)	70%	30%	100%
Consultations visites spécialistes (hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Actes techniques médicaux (DPTAM/hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60 % ou 70 %	40% ou 30%	100%
Imagerie médicale (DPTAM/hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Auxiliaires médicaux	60%	40%	100%
Consultations psychologues (1) (6)	-	10 € - 5 x / an	10 € - 5 x / an
PHARMACIE			
Pharmacie 65 %	65%	35%	100%
Pharmacie 30 %	30%	70%	100%
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	90 € / an	90 € / an
HOSPITALISATION COURT SEJOUR, SOINS DE SUITE ET READAPTATION			
FOREIGN STUDENT HEALTHCARE	Sécurité sociale TRSS	LMDE	TOTAL (Sécurité sociale + LMDE) (*) (***)
Honoraires médicaux (hors DPTAM **)	80 %	20 %	100 %
Honoraires chirurgicaux (DPTAM **)	80 %	20 %	100 %
Honoraires chirurgicaux (hors DPTAM **)	80 %	20 %	100 %
Frais de séjour, durée illimitée	80 %	20 %	100 %
Frais de transport	65 %	35 %	100 %
Forfait journalier hospitalier, durée illimitée	-	20 € / jour	20 € / jour
Forfait journalier hospitalier psychiatrique, durée illimitée	-	15 € / jour	15 € / jour

Participation assurée de 18 € pour les actes médicaux > ou = 120 € (Art. R 322-8 du code de la sécurité sociale) (2)	-	Frais réels / actes	Frais réels / actes
OPTIQUE			
Monture (3) + verres simples (4)	60 %	40 % + 50 € / 2 ans	100 % + 50 € / 2 ans
Monture + verres complexes/très complexes / mixtes (4)	60 %	40 % + 200 € / 2 ans	100 % + 200 € / 2 ans
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (5)	60 %	40 %	100 %
Matériel pour amblyopie	60 %	40 %	100 %
DENTAIRE			
Soins dentaires et prothétiques	70%	30%	100%
Inlay / Onlay	70%	30%	100%
Inlay core	70%	30%	100%
Prothèses dentaires fixes remboursées par la Sécurité sociale	70%	30%	100%
Rebasage, réparation, adjonction ou remplacement de dents ou crochets	néant ou 70 %	néant ou 30%	néant ou 100 %
Prothèses amovibles remboursées par la Sécurité sociale	70%	30%	100%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	70 % ou 100 %	30% ou néant	100%
ACOUSTIQUE ET APPAREILLAGE			
Prothèses auditives	60% ou 100%	40% ou néant	100%
Petit appareillage, orthèses	60%	40%	100%
Orthopédie et grand appareillage	60 % ou 100 %	40% ou néant	100%
Prothèses capillaires, mammaires	60% ou 100 %	40% ou néant	100%
PREVENTION			
FOREIGN STUDENT HEALTHCARE	Sécurité sociale TRSS (***)	LMDE (**) (***)	TOTAL (Sécurité sociale + LMDE) (*) (***)
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale (DPTAM / hors DPTAM**)	70%	30%	100%
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (6)	-	60 € / an	60 € / an
Test VIH (6)	-	10 € / an	10 € / an
Contraception d'urgence (6)	-	20 € / an	20 € / an
Protections hygiéniques (6)	-	25 € / an	25 € / an
Préservatifs masculins/féminins (6)	-	30 € / an	30 € / an
Test de grossesse (6)	-	10 € / an	10 € / an
Substituts nicotiniques (6)	néant ou 150 €	90€	90 € ou 240 € / an
ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Assistance santé (7)	-	OUI	OUI
Responsabilité Civile (8)	-	OUI	OUI
Individuelle Accident (8)	-	OUI	OUI
Protection juridique (9)	-	OUI	OUI
Téléconsultation médicale (10)	-	OUI	OUI
Réseau de soins ITELIS (11)	-	OUI	OUI
Indemnités Journalières Hospitalières - étudiants salariés (12)	-	OUI	20€/j.

Fonds de secours études (MUTEXAM) (13)	-	OUI	OUI
Allocation Mutualiste de Solidarité (13)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (13)	-	OUI	OUI

Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la Sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonné). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale n'est pas non plus prise en charge. La franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L.322.2 du Code de la Sécurité sociale et du décret n°2007-1937 du 26/12/2007 n'est également pas prise en charge.

Sauf décision contraire de l'assemblée générale, la modification des taux de remboursement ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale française est sans incidence sur les prestations mutualistes.

Le total inclut les participations de la Sécurité sociale et de la formule de garantie ou pack de garanties santé LMDE.

Les remboursements s'effectuent dans la limite du montant du forfait et des frais engagés.

(*) les garanties sont exprimées hors régimes spéciaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. Les taux Régime Obligatoire mentionnés sont ceux en vigueur à la date de souscription dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et éventuellement des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que l'ensemble des participations forfaitaires telles que définies en dehors des contrats non responsables. Les taux Régime Obligatoire étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, les données Régime Obligatoire sont donc fournies à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements, elles n'ont pas de valeur contractuelle.

(**) Depuis le 01/01/2017, le Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM pour les médecins et OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens) se substitue au CAS (Contrat d'Accès aux Soins).

(***) Les taux de remboursement incluent le remboursement Sécurité sociale et sont exprimés en pourcentage du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale). Les montants des prestations forfaitaires indiqués sont ceux des garanties LMDE 12 mois sauf indication contraire.

(1) Forfait suivi psychologique versé par consultation. Remboursement sur présentation d'une facture nominative et acquittée. Pour les garanties infra-annuelles, le montant du forfait est modulé en fonction de la durée de la garantie souscrite (se reporter au tableau des prestations forfaitaires).

(2) La prestation « Participation assuré » est la participation forfaitaire mise à la charge des assurés sociaux et leurs ayants droit pour certains actes affectés d'un coefficient au moins égal à 60 ou d'un montant d'au moins 120€ (article R.322-8 du code de la Sécurité sociale). Le montant pris en charge par les garanties santé concernées est celui fixé par décret et en vigueur à la date d'exécution de l'acte.

(3) Pour une monture seule, remboursement sur la base du forfait 2 verres unifocaux simples et dans la limite de 150 €.

(4) Définition des catégories de verres : voir tableaux annexes.

(5) La prise en charge des dispositifs médicaux optiques (montures, verres, lentilles de contact), au titre de la garantie santé LMDE, est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site Internet respecte les critères de santé publique. Le forfait lunettes est limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans, sauf pour les mineurs moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge du forfait équipement optique est annuelle. La période de 2 ans ou d'un an est fixée à compter de la date de souscription du contrat.

Prise en charge de 2 équipements sur une période de 2 ans pour les personnes bénéficiant d'une prescription pour un équipement de près et un équipement de loin.

(6) Le versement de ce forfait est sur présentation d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisés. Le forfait contraception d'urgence, le test de grossesse, les préservatifs masculins et féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin ; il couvre les éventuels risques directs ou indirects du membre participant. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement forfaitaire fractionnable par année universitaire et par personne, dans la limite des sommes déboursées.

Pour le forfait « arrêt tabac », remboursement également sur présentation d'un décompte de Sécurité sociale. Les substituts nicotiques, s'ils sont prescrits et figurant sur la liste des substituts nicotiques pris en charge, sont remboursés par la Sécurité sociale à hauteur de 150 €/an. La participation de la mutuelle est limitée à 90 €/an, participation ou non de la Sécurité sociale. Pour les garanties infra-annuelles, le montant du forfait est modulé en fonction de la durée de la garantie souscrite (se reporter au tableau des prestations forfaitaires).

(7) Convention d'assistance santé au domicile entre LMDE et Inter Mutuelles Assistance consécutivement aux prestations « services d'accompagnement santé », société anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 22 860 000€, entreprise régie par le code des Assurances dont le siège social est situé 118, avenue de Paris 79000 Niort, immatriculée au RCS de Niort sous le numéro 320.281.025. Pour consulter le détail des prestations d'assistance, se reporter à la convention d'assistance santé au domicile LMDE/IMA. IMA ASSURANCES Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris CS 40 000 79033 Niort cedex 9 - Immatriculée au RCS de Niort n° 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

(8) Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants-droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".

(9) Le risque lié à cette garantie est porté par JURIDICA, Société Anonyme au capital de 14 627 854,68 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Versailles sous le numéro 572 079 150, dont le siège social est 1, place Victorien Sardou - 78160 Marly-le-Roi. Entreprise régie par le Code des assurances.

(10) Le service est autorisé par la CNIL (Délibération 2015-134 du 23/04/2015) et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé. La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical et renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré. Service fourni par AXA France VIE, Société Anonyme régie par le code des Assurances au capital de 487 725 073.50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprise régie par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 Rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09

(11) ITELIS : Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 € dont le siège social est situé 218 avenue Jean Jaurès, 75019 Paris, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro - 440358 471, mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°10058758.

(12) Indemnité Journalière hospitalière forfaitaire versée au membre participant ou leur ayant droit à compter du 4ème jour consécutif de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, un accident ou une opération chirurgicale, dans la limite de 30 jours/année universitaire.

(13) Toutes les informations sur les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le présent Règlement Mutualiste.

ANNEXE 15 : « COMPLEMENT CMU-C LMDE »

Cotisations 2018/2019 TTC

	12 mois
Complément CMU-C LMDE	
Adulte	1,00 €

PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/07/2018

PRESTATIONS SOLIDARITE			
Allocation Mutualiste de Solidarité	-	OUI	OUI
Fonds d'aide à la compensation du handicap	-	OUI	OUI
Fonds de secours études MUTEXAM	-	OUI	OUI

ANNEXE 16 : « COEFFICIENTS MULTIPLICATEURS »

PAYS	CODE PAYS	Coefficient 2017/2018	PAYS	CODE PAYS	Coefficient 2017/2018
ACORES-MADERES	319	2,3	LESOTHO	348	1,9
AFGHANISTAN	212	-	LETONIE	107	1,5
AFRIQUE DU SUD	303	1,9	LIBAN	205	1,89
ALBANIE	125	-	LIBERIA	302	-
ALGERIE	352	-	LIBYE	316	1,76
ALLEMAGNE	109	1,7	LIECHTENSTEIN	113	-
ANDORRE	130	1,2	LITUANIE	108	1,5
ANGOLA	395	2,5	LUXEMBOURG	137	1,5
ANTIGUA ET BARBUDA	441	-	MACAO	232	2,3
ANTILLES BRITANNIQUES	425	1,9	MACEDOINE	156	-
ANTILLES NEERLANDAISES	431	1,3	MADAGASCAR	333	-
ARABIE SAOUDITE	201	1,97	MALAISIE	227	1,12
ARGENTINE	415	3,42	MALAWI	334	-
ARMENIE	252	1,5	MALDIVES	229	-
AUSTRALIE	501	1,98	MALI	335	-
AUTRICHE	110	1,43	MALTE	144	1,07
AZERBAIDJAN	253	1,5	MARIANNES	505	-
BAHAMAS	436	-	MAROC	350	-
BAHREIN	249	1,97	MAURICE	390	-
BANGLADESH	246	-	MAURITANIE	336	-
BARBADE	434	-	MAYOTTE	976	1,5
BELGIQUE	131	1,5	MEXIQUE	405	3,16
BELIZE	429	-	MOLDAVIE	151	1,5
BENIN	327	-	MONACO	138	-
BHOUTAN	214	-	MONGOLIE	242	1,5
BIELORUSSIE	148	1,5	MOZAMBIQUE	393	1,9
BIRMANIE	224	2,4	NAMIBIE	311	1,92
BOLIVIE	418	1,24	NAURU	507	-
BOSNIE HERZEGOVINE	118	-	NEPAL	215	1,5
BOTSWANA	347	1,22	NICARAGUA	412	1,7
BRESIL	416	3,79	NIGER	337	1,7
BRUNEI	225	-	NIGERIA	338	1,2
BULGARIE	111	-	NORVEGE	103	1,6
BURKINA FASO	331	-	NOUVELLE CALEDONIE	988	1,9
BURUNDI	321	-	NOUVELLE ZELANDE	502	1,3
CAMBODGE	234	1,2	OMAN	250	1,97
CAMEROUN	322	-	OUGANDA	339	-
CANADA	401	2,87	OUZBEKISTAN	258	1,5
CANARIE-PRESIDES	313	2	PAKISTAN	213	-
CAP VERT	396	-	PANAMA	413	3,52
CHILI	417	2,77	PAPOUASIE-NOUVELLE GUINEE	510	-
CHYPRE	254	1,5	PARAGUAY	421	1,43
COLOMBIE	419	2,41	PAYS-BAS	135	1,3
COMORES	397	-	PEROU	422	1,62
CONGO	324	1,5	PHILIPPINES	220	1,28
COREE DU SUD	239	1,9	POLOGNE	122	-
COSTA-RICA	406	1,65	POLYNESIE FRANCAISE	987	2
COTE D'IVOIRE	326	1,2	PORTO-RICO	432	3,5
CROATIE	119	-	PORTUGAL	139	2,3
CUBA	407	1,3	QATAR	248	1,97
DANEMARK	101	1,9	REP. CENTRAFRICAINE	323	1,5
DJIBOUTI	399	1,11	REP. POP. DE CHINE	216	3,5
DOMINIQUE	438	-	REP. DEMOCRATIQUE DU CONGO	312	2
EGYPTE	301	1,2	REPUBLIQUE DOMINICAINE	408	1,35
EMIRATS ARABES UNIS	247	3,5	REPUBLIQUE TCHEQUE	116	1,1
EQUATEUR	420	-	ROUMANIE	114	1,7
ERYTHREE	317	-	RUSSIE	123	4
ESPAGNE	134	1,8	RWANDA	340	-
ESTONIE	106	1,5	SAHARA OCCIDENTAL	389	-
ETATS UNIS D'AMERIQUE	404	4,5	SAINT CHRISTOPHE ET NIEVES	442	-
ETHIOPIE	315	1,3	SAINT VINCENT	440	-
FALKLAND OU MALOUINES (ILES)	427	1,9	SAINTE LUCIE	439	-
FIDJI	508	1,3	SAINTE-HELENE ASCENSION	306	1,9
FINLANDE	105	2,76	SAINT-MARIN	128	1,9
GABON	328	1,5	SALOMON	512	-
GAMBIE	304	-	SALVADOR	414	1,7
GEORGIE	255	1,5	SAMOA OCCIDENTALES	506	-
GHANA	329	1,1	SAO TOME-ET-PRINCIPE	394	1,25
GIBRALTAR	133	-	SENEGAL	341	1,39
GRANDE BRETAGNE	132	3,42	SEYCHELLES	398	-
GRECE	126	3,55	SIERRA-LEONE	342	-
GRENADE	435	-	SINGAPOUR	226	2,4
GROENLAND	430	1,2	SLOVAQUIE	117	-
GUATEMALA	409	1,2	SLOVENIE	145	1,6
GUINEE	330	-	SOMALIE	318	-
GUINEE BISSAU	392	-	SOUDAN	343	-
GUINEE EQUATORIALE	314	-	SRI LANKA	235	1,2
GUYANA	428	-	ST PIERRE ET MIQUELON	975	-
HAITI	410	1,5	SUEDE	104	1,1
HONDURAS	411	-	SUISSE	140	3,3
HONG-KONG	230	2,63	SURINAME	437	-
HONGRIE	112	1,6	SWAZILAND	391	-
ILE PITCAIRN	503	1,9	SYRIE	206	1,9
ILES BERMUDES	499	1,9	TADJIKISTAN	259	-
ILES CHAGOS	308	1,9	TAIWAN	236	1,53
INDE	223	-	TANZANIE	309	-
INDONESIE	231	1,2	TCHAD	344	1,4
IRAN	204	1,5	THAILANDE	219	1,49
IRAQ	203	-	TOGO	345	-
IRLANDE	136	1,6	TONGA	509	-
ISLANDE	102	1,33	TRINITE ET TOBAGO	433	-
ISRAEL	207	2,36	TUNISIE	351	-
ITALIE	127	2	TURKMENISTAN	260	-
JAMAIQUE	426	-	URUGUAY	423	1,4
JAPON	217	2,72	VANUATU	514	1,7
JORDANIE	222	1,91	VATICAN	129	1,9
KAZAKHSTAN	256	1,5	VENEZUELA	424	2,26
KENYA	332	1,5	VIET-NAM	243	2,3
KIRGHIZISTAN	257	-	WALLIS ET FUTUNA	986	1,5
KIRIBATI	513	-	YEMEN	251	1,4
KOWEIT	240	1,97	YUGOSLAVIE	121	1,6
LAOS	241	1,6	ZAMBIE	346	1,9
			ZIMBABWE	310	1,9

Notice d'information relative aux garanties Protection Juridique
complémentaire santé LMDE

Notice d'information relative aux garanties du contrat collectif n° 7 181 318 804

Protection Juridique

Cette notice d'information est établie conformément à l'article L.112-2 du Code des assurances.

Elle décrit les garanties, les exclusions, les obligations de l'assuré, les modalités d'examen des réclamations et comprend en annexe la fiche d'information relative au fonctionnement de la garantie dans le temps en assurance « Responsabilité Civile ».

Ces garanties ont été définies au titre du contrat collectif (ci-après « le contrat ») passé conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité, entre **JURIDICA** (ci-après « l'assureur »), S.A. au capital de 14 627 854, 68 € - 572 079 150 - R.C.S. Versailles. Siège social : 1, place Victorien Sardou 78160 Marly le Roi. Entreprise régie par le code des assurances – TVA intracommunautaire : FR 69 572 079 150, et **LA MUTUELLE DES ÉTUDIANTS** (ci-après « LMDE »), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 431 791 672, dont le siège social est situé au 32 rue Blanche – 75009 PARIS, pour le compte de ses membres. Membres qui ayant adhéré aux garanties complémentaires santé de LMDE sont tenus de s'affilier à ce contrat.

Les présentes garanties sont régies par le Code des assurances et le droit français.

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), située 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

1. Définitions

L'assureur ou Nous : L'assureur – JURIDICA – 1 Place Victorien Sardou, 78160 MARLY LE ROI.

L'assuré ou Vous : L'étudiant ayant adhéré aux garanties complémentaires santé de LMDE et qui est nommément désigné sur l'attestation remise par LMDE, et lui seul.

Affaire : Litige entraînant la saisine d'une juridiction par des parties qui s'opposent sur des mêmes faits afin que leurs positions soient tranchées et ce quels que soient les développements procéduraux mis en œuvre devant cette juridiction.

Année d'assurance : Période comprise entre deux échéances principales de cotisation.

Atteinte à l'e-réputation : La diffamation, l'injure ou la divulgation illégale de la vie privée de l'assuré à l'aide d'une photographie, d'un écrit, d'une vidéo, d'une déclaration publiée sur un blog, forum de discussion, réseau social, site web.

- La diffamation consiste en une allégation ou imputation d'un fait qui porte atteinte à l'honneur ou à la considération de la personne à laquelle le fait est imputé.
- L'injure correspond à une expression outrageante, terme de mépris ou invective, se distinguant de la diffamation en ce qu'elle ne renferme l'imputation d'aucun fait.
- La divulgation illégale de la vie privée peut notamment porter sur la vie sentimentale, la santé et le droit à l'image de l'assuré.

Contrat : Le contrat collectif passé entre l'Assureur et LMDE pour le compte des adhérents à LMDE.

Dol : Manœuvres, mensonges, silence sur une information (réticence dolosive) ayant pour objet de tromper l'une des parties en vue d'obtenir son consentement.

Éléments d'identification : Les éléments de l'état civil de l'assuré comme : l'adresse postale ou physique, le numéro de téléphone, la carte d'identité, le passeport, le permis de conduire, la carte grise ou le numéro d'immatriculation d'un véhicule appartenant à l'assuré, le relevé d'identité bancaire, le numéro de sécurité sociale, les chèques (à l'exception des chèques de voyage), les cartes bancaires (achats et retraits d'espèces aux distributeurs de billets), la monnaie électronique (toute valeur monétaire représentant une créance sur un émetteur qui est stockée sur un support électronique) de l'assuré.

Éléments d'authentification : Identifiants, logins, mots de passe, adresses IP, adresses e-mail, numéros de carte bancaire lorsqu'aucun débit n'a été effectué, empreintes digitales.

Fait générateur du litige : Apparition d'une difficulté juridique matérialisée par l'atteinte à un droit ou par le préjudice que l'assuré a subi ou causé à un tiers, avant toute réclamation s'y rattachant.

Intérêts en jeu : Montant du litige, hors pénalités de retard, intérêts et demandes annexes. Pour les contrats dont l'application s'échelonne dans le temps selon une périodicité convenue, le montant du litige correspond à une échéance.

Litige : Opposition d'intérêts, désaccord ou refus opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur ou le destinataire, le conduisant à faire valoir des prétentions en demande ou en défense, que ce soit à l'amiable ou devant une juridiction.

Propriété intellectuelle : Ensemble composé d'une part, des droits de propriété industrielle et d'autre part, des droits de propriété littéraire et artistique.

Tiers : Toute personne physique autre que l'Assuré.

Utilisation frauduleuse des données personnelles : désigne un usage non autorisé des éléments d'identification ou d'authentification de l'identité de l'assuré par un tiers dans le but de réaliser une action frauduleuse entraînant un préjudice pour l'assuré.

2. La résolution des litiges

Les garanties décrites ci-après sont accessibles sur simple appel téléphonique au 01 70 84 25 62 du lundi au vendredi de 9h30 à 19h30, sauf jour fériés. Vous bénéficiez de ces garanties dans le **seul cadre de votre vie privée et de salarié**. Vous devez nous solliciter entre la date de prise d'effet de votre contrat et celle de sa résiliation.

2.1. L'information juridique par téléphone

Pour toute question ou difficulté juridique, un juriste vous renseigne sur vos droits et obligations et vous oriente sur les démarches à entreprendre **dans tous les domaines du droit français et du droit monégasque liés à votre vie privée et de salarié**.

2.2. La validation juridique des contrats

Un juriste vous assiste dans la lecture et la compréhension des projets de contrat et d'avenant, **rédigés en français et relevant du droit français, liés à votre vie privée ou de salarié**.

Lorsqu'une difficulté juridique est identifiée, le projet de contrat ou l'avenant est soumis à un avocat qui vous confirme par écrit sa validité juridique ou vous propose un aménagement. Dans ce cas, nous prenons en charge ses frais et honoraires **dans la limite de 500 € par année d'assurance**.

Domaines garantis :

Vous êtes garanti lorsque vous envisagez de signer les types de contrat suivants :

- contrat de travail, en tant que salarié ;
- bail d'habitation, en tant que locataire ;

2.3 L'aide à la résolution des litiges

En phase amiable

En cas de litige garanti **et que le montant des intérêts en jeu soit supérieur à 150 € TTC à la date de déclaration du litige** un juriste analyse les aspects juridiques de la situation, vous délivre un conseil personnalisé en vue de sa résolution et détermine avec vous la meilleure conduite à adopter pour défendre vos intérêts.

En concertation avec vous et **à condition que l'action soit opportune**, il intervient directement auprès de la partie adverse pour lui exposer son analyse du litige et lui rappeler vos droits. Si vous êtes ou si le juriste est informé que la partie adverse est assistée ou représentée par un avocat, vous serez assisté dans les mêmes conditions. A ce titre, vous disposez du libre choix de votre avocat.

Nous prenons en charge les frais et honoraires engagés **dans limite de 500 € TTC par litige**.

En phase judiciaire

A condition que l'action soit opportune et que le montant des intérêts en jeu soit supérieur à 150 € TTC à la date de déclaration du litige, un juriste vous assiste dans la mise en œuvre d'une action en justice :

- **si la démarche amiable n'aboutit pas ;**
- **si les délais sont sur le point d'expirer ;**
- **si vous avez reçu une assignation et devez être défendu.**

Vous avez la maîtrise de la direction du procès.

Vous disposez du libre choix de votre avocat. Vous pouvez le choisir parmi ceux de votre connaissance, après nous en avoir informés et nous avoir communiqué ses coordonnées ou, **si vous en formulez la demande par écrit**, parmi ceux que nous vous proposons pour leur compétence dans le domaine concerné ou pour leur proximité.

Dans les deux cas, vous négociez avec la personne désignée le montant de ses frais et honoraires dans le cadre d'une convention d'honoraires.

Par ailleurs, dans le respect de votre contrat, vous devez informer le juriste de l'état d'avancement de votre affaire.

Si la décision de justice est prononcée en votre faveur, le juriste fait procéder à son exécution par l'intermédiaire d'un huissier de justice si cette action est opportune.

Il transmet alors à l'huissier de justice saisi toutes les informations lui permettant d'intervenir auprès de votre adversaire débiteur.

A l'occasion d'un litige garanti, nous prenons en charge les frais et honoraires engagés pour sa résolution **dans la limite de 5 000 € TTC par litige et des limitations financières relatives aux frais non tarifés et honoraires d'avocat.**

2.4 Les domaines garantis

Univers Santé

Vous êtes garanti en cas de litige portant sur la réparation de l'atteinte à votre intégrité physique consécutive à une agression ou à un accident imputable à un tiers.

Vous êtes garanti en cas de litige vous opposant à un professionnel de la santé ou à un établissement de soins à la suite d'une erreur médicale, d'une erreur de diagnostic ou d'une infection nosocomiale ou iatrogène.

Les exclusions

Nous ne prend pas en charge les litiges résultant :

- d'un dépassement d'honoraires ou d'un honoraire ne résultant pas d'un acte médical codifié ;
- de soins ou d'opérations de chirurgie esthétique sauf ceux relatifs à de la chirurgie réparatrice prise en charge par la Sécurité sociale ;
- de maladies d'origine professionnelles prévues à l'article R.461-3 du code de la Sécurité sociale ainsi que des affections liées à l'amiante ou aux prions ;
- de la mise en cause de votre responsabilité civile lorsqu'elle est garantie par un contrat d'assurance ou devrait l'être en vertu des dispositions législatives ou réglementaires.
- de prestations sociales de prévoyance ou de retraite ;
- de votre opposition avec le souscripteur ;
- de votre mise en cause pour dol ou d'une poursuite liée à un délit intentionnel au sens de l'article 121-3 du Code pénal ou à un crime. Toutefois, nous prenons en charge les honoraires de l'avocat de votre connaissance, dans l'hypothèse où la décision, devenue définitive, écarterait le caractère intentionnel de l'infraction qui vous a été reprochée (non-lieu, requalification, relaxe...) ou le dol.

Univers consommation

Vous êtes garanti en cas de litige vous opposant à un vendeur ou un prestataire de services (professionnel ou particulier) à l'occasion de :

- l'achat, l'entretien ou la location d'un bien mobilier ; la conclusion, la mauvaise exécution, l'inexécution ou la rupture d'un contrat de prestation de services ;
- la vente d'un bien mobilier ou d'une prestation de services.

Vous êtes garanti en cas de non livraison ou livraison non conforme suite à l'achat d'un bien auprès d'un e-commerçant (gestion amiable du litige sans prise en charge de frais de justice et indemnisation du préjudice en cas d'échec de la gestion amiable)

Les exclusions

Nous ne prend pas en charge les litiges résultant :

- un recouvrement de vos créances ;
- l'achat sur un site de vente aux enchères ;
- d'animaux et de végétaux ;
- de bijoux, d'orfèvrerie, de pierres précieuses, de peintures, de sculptures, de tapis, d'espèces, de lingots, de collections de timbres, de collections de pièces de monnaie, de collections de billets, d'effets de commerce, de valeurs mobilières, d'actions, d'obligations, de coupons, de titres et papiers de créance ou de propriété, de bons de caisse, de timbres postes et fiscaux, de titres de transport, de titres d'accès à des activités de loisirs ;
- de biens et denrées périssables ;
- de médicaments au sens du droit français ;
- d'armes de toutes catégories au sens du droit français ;
- de véhicules terrestres à moteur ;
- de données numériques à visualiser ou à télécharger en ligne ;
- de biens achetés pour être revendus comme marchandises ;
- de biens à usage industriel, de biens achetés pour être revendus comme marchandises ;
- de biens non livrés en raison d'une grève du service postal ou du Transporteur, d'un lock-out ou d'un sabotage ;
- de biens achetés sur un site de vente aux enchères ;
- interdits par la réglementation française en vigueur ;
- de biens à caractère violent, pornographique, discriminatoire ou portant atteinte à la dignité humaine ;

- **de biens dont le prix d'achat est contesté**
- **d'un bien mobilier acheté auprès d'un e-commerçant non identifié ou faisant l'objet d'une procédure de rétablissement personnel avec liquidation judiciaire, d'une procédure de sauvegarde, d'une mise en redressement ou liquidation judiciaire ou qui se trouve en état de cessation des paiements**

Univers Risques Numériques

Vous êtes garanti si vous êtes victime d'une usurpation d'identité à condition que vous ayez déposé plainte.

Vous êtes garanti si vous êtes victime d'une atteinte à votre e-réputation, sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- L'atteinte à l'e-réputation doit être postérieure à la souscription des présentes conditions générales ;
- L'atteinte à l'e-réputation doit être effectuée sur un blog, un forum de discussion, un réseau social ou un site web ;
- Le litige doit vous opposer à une personne responsable de l'atteinte à l'e-réputation. Cette personne doit être localisée dans l'un des pays cité au paragraphe sur la territorialité qu'il soit l'auteur de l'information préjudiciable, l'éditeur ou l'hébergeur du site sur lequel cette information a été publiée).

Prestations spécifiques Univers Risques Numériques

L'indemnisation en cas d'usurpation d'identité

L'indemnisation est applicable dès lors que notre intervention n'a pas permis le règlement du litige dans un délai de 45 jours suivant la réception des pièces justificatives par sous réserve des limitations, exclusions et conditions définies ci-après à l'exception des litiges pour lesquels l'indemnisation incombe à un établissement bancaire ou financier.

Dans l'hypothèse où un établissement bancaire ou financier est tenu de prendre en charge l'indemnisation du préjudice sur le plan légal, réglementaire ou contractuel notre intervention est subordonnée à un refus illégitime ou à une intervention tardive de celui-ci dans un délai de 3 mois suivant la réception des pièces justificatives.

Nous remboursons à l'assuré en cas d'utilisation frauduleuse de ses données personnelles les frais suivants :

- Transaction frauduleuse commise à son préjudice,
- Perte de salaire en cas de prise de congés sans solde pour convocation de justice dans la limite de 5 jours,
- Frais postaux,
- Surconsommations téléphoniques dans la limite de 30 € TTC par mois,
- Frais bancaires,
- Frais de reconstitution de documents d'identité.

Ce remboursement s'effectue dans la limite de 2500 € TTC par an et par litige.

Les pièces justificatives à fournir

L'assuré doit fournir les pièces justificatives de son dommage aux fins d'indemnisation :

- Photocopies des relevés bancaires mentionnant la transaction frauduleuse commise à son insu ainsi que les frais y afférents en cas de solde débiteur ;
- Photocopies du bulletin de salaire duquel a été déduit les congés sans solde pour convocation de justice ;
- Récépissé d'un dépôt de plainte ;
- Factures téléphoniques ;
- Courriers échangés avec le prestataire de service de paiement ;
- Courriers échangés avec l'administration ;

Nous pourrions être amenés à demander à l'assuré des pièces complémentaires pour évaluer le paiement de l'indemnité.

La mise en relation en vue d'un nettoyage ou d'un noyage des informations

En cas d'atteinte à l'e-réputation et à condition que l'action soit opportune, nous mettons en relation l'assuré avec une société spécialisée qu'elle a missionnée et dont elle prend en

charge les frais et honoraires dans la limite de 2 000 € TTC par litige et par année d'assurance et sous réserve de la limitation financière de 1 000 € relative au noyage ainsi que des conditions et exclusions de garantie définies au présent document.

Nettoyage : La société spécialisée aura pour mission, d'une part, de procéder à la suppression des liens désignés par l'assuré et, d'autre part, de rechercher les copies de ceux – ci présents au jour de la déclaration, sous réserve des limitations techniques afférentes à Internet.

Noyage : Dans l'hypothèse où la suppression des liens est impossible et à condition que l'assuré ait déposé plainte, la société spécialisée créera du contenu qui sera référencé dans les premières pages des principaux moteurs de recherches*. L'objectif de ce nouveau contenu sera de faire reculer l'information préjudiciable dans les résultats des principaux moteurs de recherches.

*Le résultat obtenu est subordonné à l'absence de modifications des algorithmes de recherche utilisés.

Notre obligation et celle du prestataire de procéder à la suppression ou au noyage des informations préjudiciables est une obligation de moyens et non de résultat. Le prestataire et nous nous engageons donc à mettre en œuvre tous les moyens utiles à la bonne fin de l'opération sans garantir que le résultat escompté soit nécessairement atteint.

Les exclusions

Nous ne prend pas en charge les litiges résultant :

- d'une usurpation d'identité ou d'une atteinte à l'e-réputation avec la complicité de l'assuré ;
- d'une diffusion volontaire de l'assuré de données personnelles ou une autorisation de diffusion de ces données qu'il aurait accordée ;
- d'une atteinte à l'e-réputation constituée par une conversation, conférence, publication réalisées sur internet en utilisant des logiciels de communication instantanée avec ou sans vidéos ou webcams ;
- d'une atteinte à l'e - réputation par une personne assurée au titre de la présente garantie ;
- d'une e – réputation que l'assuré s'est lui-même constitué ;
- d'une atteinte à l'e – réputation effectuée sur un support de communication autre qu'un blog, forum de discussion, réseau social, site web ;
- des conséquences d'une atteinte à l'e – réputation c'est-à-dire toute action qui ne serait pas dirigée contre l'éditeur ou l'hébergeur du support sur lequel l'assuré a été diffamé, injurié ou a vu sa vie privée divulguée illégalement ;
- d'une atteinte à l'e-réputation par une société de presse ou un journaliste.

3. Les conditions de garantie

Pour que le litige déclaré soit garanti en phase amiable et judiciaire, les conditions suivantes doivent être remplies :

- le litige doit relever de votre vie privée ou de salarié ;
- le fait générateur du litige ne doit pas être connu de vous à la date de prise d'effet de votre contrat ;
- les intérêts en jeu doivent être supérieurs à 150 € TTC à la date de la déclaration du litige ;
- vous devez nous déclarer votre litige entre la date de prise d'effet de votre contrat et celle de sa résiliation – toutefois, vous bénéficiez d'un délai supplémentaire de deux mois à compter de la prise d'effet de la résiliation pour nous déclarer un litige survenu pendant la période de validité de votre contrat ;
- vous devez avoir contracté et maintenu en vigueur les assurances légales obligatoires vous incombant ;
- aucune garantie de responsabilité civile n'est susceptible d'assurer la défense de vos intérêts pour le litige considéré.

En outre, pour que le litige déclaré soit garanti en phase judiciaire, les conditions suivantes doivent être remplies :

- **vous devez recueillir notre accord préalable AVANT de saisir une juridiction, d'engager une nouvelle étape de la procédure ou d'exercer une voie de recours, afin que nous puissions analyser les informations transmises et vous faire part de notre avis sur l'opportunité des suites à donner à votre litige.**

Les causes de déchéance de garantie

Vous êtes déchu de tout droit à garantie pour le litige considéré si vous faites une déclaration inexacte sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tous les éléments pouvant servir à sa résolution.

4. Déclaration et information

Dans votre propre intérêt, vous devez nous déclarer le litige par écrit dès que vous en avez connaissance à l'adresse suivante : JURIDICA - 1 place Victorien Sardou 78166 Marly-le-Roi CEDEX, en nous communiquant notamment :

- les références de votre contrat de Protection Juridique ;
- les coordonnées précises de votre adversaire ;
- les références de tout autre contrat susceptible de couvrir le litige ;
- un exposé chronologique des circonstances du litige ; toutes pièces permettant d'établir la matérialité des faits ; tous renseignements et documents utiles à l'instruction du dossier.

Par ailleurs, vous devez nous transmettre, dès réception, tous avis, lettres, convocations, actes d'huissiers, assignations et pièces de procédure qui vous seraient adressés, remis ou signifiés. Cette rapidité est importante pour préserver vos droits et actions.

5. La territorialité

Les garanties de votre contrat vous sont acquises pour les litiges découlant de faits survenus dans l'un des pays énumérés ci-après, qui relèvent de la compétence d'un tribunal de l'un de ces pays, et dont l'exécution des décisions rendues s'effectue également dans l'un de ces pays :

- France et Monaco ;
- Etats membres de l'Union européenne au 1^{er} janvier 2016, Andorre, Liechtenstein, Norvège, Saint-Marin, Suisse et Vatican, si le litige y survient lors d'un séjour de moins de trois mois consécutifs.

6. En cas de désaccord

Après analyse des informations transmises, nous envisageons l'opportunité des suites à donner à votre litige à chaque étape significative de son évolution.

Nous vous en informons et en discutons avec vous.

En cas de désaccord entre vous et nous portant sur le fondement de vos droits ou sur les mesures à prendre pour régler le litige, vous pouvez selon les dispositions de l'article L.127-4 du code des assurances :

- soit soumettre cette difficulté à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord ou désignée, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance. Nous prenons en charge les frais exposés pour la mise en œuvre de cette action. Cependant, le Président du Tribunal de Grande Instance peut les mettre à votre charge s'il considère que vous avez mis en œuvre cette action dans des conditions abusives ;
- soit exercer l'action, objet du désaccord, à vos frais.

Dans ce dernier cas, si vous obtenez une solution définitive plus favorable que celle proposée par nous ou la tierce personne citée ci-dessus, nous vous remboursons les frais et honoraires que vous avez engagés pour cette action dans les limites et conditions définies au présent document.

En cas de conflit d'intérêts

En vertu de l'article L127- 5 du Code des assurances, vous avez la liberté de choisir un avocat de votre connaissance chaque fois que survient un conflit d'intérêts entre vous et nous.

Dans ce cas, nous prenons en charge les frais et honoraires de l'avocat dans les limites et conditions définies au présent document.

7. La prise en charge financière

Nature des frais pris en charge

En cas de litige garanti et dans la limite des montants définis ci-après, nous prenons en charge les frais suivants :

- les coûts de procès-verbaux de police ou de gendarmerie **que nous avons engagés** ;
- les coûts de constat d'huissiers **que nous avons engagés** ;
- les honoraires d'experts **que nous avons engagés** ;
- les honoraires d'experts **que le tribunal a désignés** ;
- la rémunération des médiateurs **que nous avons engagés** ;
- les dépens y compris ceux qui sont mis à votre charge par le juge ;
- les honoraires et les frais non tarifés d'avocat.

Nous ne prenons pas en charge les frais suivants :

- les frais proportionnels mis à votre charge en qualité de créancier ;
- les honoraires de résultat des mandataires, quels qu'ils soient, fixés en fonction de l'intérêt en jeu ou en fonction du résultat définitif ou espéré des démarches engagées ;
- les frais irrépétibles engagés par la partie adverse et mis à votre charge par le juge ;
- les frais et honoraires des enquêteurs de droit privé (détectives privés) ;
- les frais et honoraires d'un avocat postulant ;
- les consignations pénales ;
- les frais de consultation ou d'actes de procédures réalisés avant la déclaration de litige sauf s'il y a urgence à les avoir demandés ;
- les frais et honoraires liés à une question prioritaire de constitutionnalité.

Montants de prise en charge et frais et honoraires d'avocat

Montants TTC de prise en charge financière	
Prévention	
Validation juridique des contrats	500 € par année d'assurance *
Aide à la résolution des litiges	
En phase amiable	880 € par litige *
En phase judiciaire dans tous les domaines garantis au titre du contrat sauf ceux ci-dessous	16 000 € par litige*
En phase judiciaire dans le domaine des travaux immobiliers	3 860 € par litige*
En phase judiciaire dans le domaine de la fiscalité	3 860 € par litige* et par année d'assurance
Montants TTC de prise en charge des honoraires d'avocats Ces montants incluent les frais de secrétariat, de déplacements et de photocopies	
Assistance	
Assistance à expertise judiciaire - Assistance à mesure d'instruction - Recours pré-contentieux en matière administrative - Représentation devant une commission administrative, civile ou disciplinaire	330 € par intervention
Assistance à transaction définitive ayant abouti à un protocole signé par les parties Assistance à médiation ou conciliation ayant abouti et constatée par le juge	Montant d'une procédure menée à terme. Par affaire*
Ordonnances, quelle que soit la juridiction (y compris le juge de l'exécution)	
Ordonnance en matière gracieuse ou sur requête	540 € par ordonnance
Ordonnance de référé	460 € par ordonnance
Première instance ci-dessous mentionnée (y compris les médiations et conciliations n'ayant pas abouti)	
Juge de proximité ayant abouti à une décision définitive	670 € par affaire*
Tribunal de police sans constitution de partie civile de l'assuré	340 € par affaire*
Tribunal de grande instance - Tribunal des affaires de sécurité sociale - Tribunal du contentieux de l'incapacité	1 100 € par affaire*
Tribunal de commerce - Tribunal administratif	1 000 € par affaire*
Conseil de prud'hommes : bureau de conciliation (si la conciliation a abouti)	500 € par affaire*
Conseil de prud'hommes : bureau de jugement (si la conciliation n'a pas abouti)	1 000 € par affaire*
Commission d'indemnisation des victimes d'infraction après saisine du tribunal correctionnel, de la cour d'assises ou suite à un protocole d'accord avec le Fonds de Garantie Automobile	330 € par affaire *
Toute autre première instance non mentionnée	
Autres juridictions de première instance (y compris le juge de l'exécution)	730 € par affaire *
Appel	
Matière pénale	830 € par affaire *
Autres matières	1 150 € par affaire *
Hautes juridictions	
Cour d'assises	1 660 € par affaire *
Cour de cassation - Conseil d'Etat - Cour européenne des droits de l'homme - Cour de justice de l'Union Européenne	2 610 € par affaire*, consultations comprises

Les modalités de prise en charge

Le libre choix de votre avocat

La prise en charge des frais et honoraires d'avocat s'effectue de la façon suivante :

- soit nous réglons directement l'avocat qui a été saisi sur justificatifs de la procédure engagée, de la décision rendue et sur présentation d'une délégation d'honoraires que vous avez signée ;
- soit, à défaut de cette délégation, vous réglez toutes taxes comprises les frais et honoraires de l'avocat saisi et nous vous remboursons sur présentation de la décision rendue, du protocole signé ou des démarches effectuées d'une part et d'une facture acquittée d'autre part.

Prise en charge des frais et honoraires d'un avocat assurant la défense de plusieurs personnes contre un même adversaire et pour un même litige

Lorsque vous avez avec plusieurs personnes un même litige contre un même adversaire et que vous avez confié à un même avocat la défense de ces intérêts communs, nous vous remboursons au prorata du nombre d'intervenants dans ce litige **dans la limite des montants définis au présent document.**

Montants retenus en cas de litige porté devant des juridictions étrangères

Quand le litige est porté devant des juridictions étrangères, le montant retenu est celui de la juridiction française équivalente. A défaut, le montant applicable est celui du niveau de juridiction concerné.

Sort des dépens et frais irrépétibles mis à la charge de la partie adverse

La juridiction compétente peut décider de mettre à la charge de la partie adverse les dépens ou les frais irrépétibles. Le Code des assurances nous permet alors de récupérer ces sommes **dans la limite des frais et honoraires que nous avons engagés dans votre intérêt (ce principe de récupération de sommes s'appelle subrogation).** Néanmoins, si vous justifiez de frais et honoraires restés à votre charge et exposés dans le cadre dudit litige, vous récupérez ces indemnités en priorité.

8. La vie des garanties

8.1 Prise d'effet, durée et résiliation des garanties

La prise d'effet des garanties intervient le même jour que celles des garanties complémentaires santé de LMDE.

Toutefois, pour les garanties complémentaires santé « 12 mois » de LMDE auxquelles ses membres ont adhéré entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre, la prise d'effet des garanties intervient au plus tôt le lendemain de l'adhésion à 0 heure.

Les garanties cessent de produire leurs effets à la date de résiliation ou d'expiration des garanties complémentaires santé LMDE.

8.2 Règles de preuve en cas de souscription par Internet

Il est expressément convenu entre vous et nous que les règles de preuve visées ci-dessous régissent les rapports entre les parties.

Toute opération ainsi réalisée par le souscripteur (validation d'une demande de souscription, consultation, gestion, saisie de données, etc....) après authentification dans les conditions susvisées, est réputée émaner du souscripteur lui-même.

Par ailleurs, il est admis notamment que le fait de cocher la case : "Je reconnais avoir pris connaissance avant la conclusion de mon contrat des Conditions Générales" manifeste la réception par le souscripteur des Conditions Générales mises à sa disposition par l'assureur. De surcroît, il est admis que le fait pour le souscripteur de valider toute opération proposée sur le site internet ou de cocher tout autre case (prise d'effet des garanties, etc....) manifeste son consentement.

En cas de contestation, les enregistrements informatiques ou leur reproduction sur un support informatique ou papier constitueront la preuve de la réception par le souscripteur des informations portées à sa connaissance par l'intermédiaire et l'assureur, ainsi que la preuve de son consentement à la réalisation de l'opération.

Par conséquent, les enregistrements informatiques ou leur reproduction sur un support informatique ou papier pourront être utilisés dans le cadre de toute procédure judiciaire ou autre et seront, bien entendu, opposables entre les parties.

8.3 Droit de renonciation

8.3.1 Droit de renonciation en cas de fourniture à distance d'opérations d'assurance

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à la conclusion du contrat.

Les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, **sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux contrats ;**

- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, nous devons exécuter nos obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

Vous êtes informé disposer d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité. Ce délai commence à courir à compter du jour où vous recevez les conditions contractuelles et les informations.

Pour exercer votre droit de renonciation dans les conditions susvisées, vous pouvez utiliser le modèle de lettre inséré dans les présentes Conditions Générales dûment complété par vos soins :

« Je soussigné [votre nom, prénom], demeurant [adresse], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, au contrat d'assurance [numéro du contrat], souscrit le [date indiquée dans les Conditions Particulières]. Date [à

compléter], votre signature ».

Vous êtes informé que, si vous exercez votre droit de renonciation, vous serez tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante : (montant de la cotisation annuelle figurant aux conditions particulières du contrat x nombre de jours garantis) / 365. Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à votre demande expresse avant que vous n'exerciez votre droit de renonciation.

Vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr

8.3.2 Le droit de renonciation en cas de souscription par voie de démarchage

Lorsque vous avez fait l'objet d'un démarchage à votre domicile, à votre résidence ou à votre lieu de travail, même à votre demande, et que vous signez dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle, vous disposez de la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

A cet égard, si vous souhaitez exercer votre droit de renonciation dans les conditions susvisées, vous pouvez utiliser le modèle de lettre inséré dans les présentes dûment complété par vos soins :

« Je soussigné [votre nom, prénom], demeurant [adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L. 112-9 du Code des assurances, au contrat d'assurance [numéro du contrat], souscrit le [date de la signature des Conditions particulières], par l'intermédiaire de [nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat]. Date [à compléter], votre signature ».

L'exercice de ce droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. En cas de renonciation, vous ne pouvez être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la compagnie d'assurance si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

8.4 La 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 :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où vous en avez eu connaissance, **sous réserve que vous prouviez l'avoir ignoré jusque-là.**

Quand votre action contre nous 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 vous ;
- où vous l'avez indemnisé.

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 constituées par :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par nous du droit à votre garantie, ou toute reconnaissance de dette de votre part envers nous ;

- la demande d'aide juridictionnelle qui dure jusqu'au moment où le bureau d'aide juridictionnelle rend une décision définitive.

Elle est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par :
 - nous à vous en ce qui concerne l'action en paiement de la prime ;
 - vous à nous en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances, 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. »

8.5 Le traitement des réclamations

Vous devez dans un premier temps contacter, par téléphone ou par écrit, votre conseiller ou votre service Clients joignable à l'adresse suivante : LA MUTUELLE DES ETUDIANTS LMDE : 19 rue Blanche – 75009 PARIS.

Par la suite, et si une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au service Réclamations en écrivant à l'adresse suivante : JURIDICA – Service Réclamation – 1 place Victorien Sardou – 78166 Marly le Roi Cedex.

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 recommandation ACPR 2015-R-03 du 26 février 2015 (sauf circonstances particulières dont nous vous tiendrons informé).

Enfin, et dans la mesure 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 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.

8.6 Loi informatique et libertés

Conformément à l'article 35 de la loi du 6 Janvier 1978, JURIDICA, en sa qualité de sous-traitant du traitement, vous informe que :

- les réponses aux questions qui vous sont posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences peuvent être la nullité du contrat (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances).
- la finalité du traitement est la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat d'assurance
- les destinataires des données vous concernant sont principalement les collaborateurs de JURIDICA mais aussi ses intermédiaires, prestataires, réassureurs et organismes professionnels habilités.
- JURIDICA est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 16 Juin 2011.
- vos données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance, pour lequel la CNIL a autorisé JURIDICA à le mettre en œuvre, conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014. Ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.
- en sa qualité d'assureur, JURIDICA peut effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du

contrat d'assurance, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL en date du 23 Janvier 2014.

- les données à caractère personnel vous concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne.

Des garanties sont prises par JURIDICA pour assurer un bon niveau de protection de ces données.

En vous rendant sur le site juridica.fr, à la rubrique « données personnelles », vous trouverez plus de détails sur la finalité de ces accessibilités aux données, les pays de localisation des destinataires et sur les garanties de sécurité prises. En vous adressant à « JURIDICA – 1 Place Victorien Sardou 78166 Marly le Roi Cedex », vous pouvez :

- demander une communication, par voie postale, des renseignements sur « les données personnelles »,
- exercer votre droit d'accès et de rectification sur l'ensemble des données vous concernant.

AXA PROTECTION JURIDIQUE. La marque commerciale pour l'offre de Protection Juridique du Groupe AXA.

Juridica. S.A. au capital de 14 627 854, 68 € - 572 079 150 - R.C.S. Versailles.

Siège social : 1, place Victorien Sardou 78160 Marly le Roi.

Entreprise régie par le code des assurances - TVA intracommunautaire : FR 69 572 079 150



Notice d'information

Responsabilité Civile

Vie Privée – Vie Etudiante et Individuelle Accident

Cette notice d'information est établie conformément à l'article L112-2 du Code des assurances.

Elle décrit les garanties, les exclusions, les obligations de l'assuré, les modalités d'examen des réclamations et comprend en annexe la fiche d'information relative au fonctionnement de la garantie dans le temps en assurance «Responsabilité Civile».

Ces garanties ont été fixées au titre du contrat collectif (ci-après contrat) passé conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité entre **AXA France IARD**, Société Anonyme régie par le Code des Assurances, au capital de 214 799 030 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 722 057 460, **AXA Assurances IARD Mutuelle**, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers – SIREN 775699309 – dont les sièges sociaux sont sis 313, Terrasses de l'arche 93727 Nanterre Cedex, entreprises régies par le Code des assurances, (ci-après l'Assureur), et **LA MUTUELLE DES ÉTUDIANTS** (ci-après LMDE), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, SIREN 431 791 672, dont le siège social est sis 32 Rue Blanche, 75009 Paris, pour le compte de ses membres ayant adhéré aux garanties complémentaires santé de LMDE « MINI LMDE » ou « VITALITE LMDE » ou « ESSENTIELLE LMDE » ou « ZEN LMDE » ou « FOREIGN STUDENT HEALTHCARE LMDE »

Le contrat d'assurance est souscrit en coassurance entre AXA France IARD, et AXA Assurance IARD Mutuelle.

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), située 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

Les présentes garanties sont régies par le Code des assurances et le droit français.

Étendues territoriales

Les garanties

- « Responsabilité civile vie privée et vie étudiante », y compris pour les dommages corporels, matériels et immatériels causés à des tiers dans le cadre de stage d'études,
- « Individuelle contre les accidents corporels »

de votre contrat s'appliquent dans le monde entier.



Les pays dans lesquels s'exercent la garantie « Défense et Recours » figurent dans les dispositions relatives à cette garantie.

Responsabilité civile vie privée et vie étudiante

Ce que nous garantissons

Les conséquences pécuniaires de la responsabilité encourue par l'étudiant assuré s'il cause un dommage corporel, matériel ou immatériel consécutif à un tiers par accident en qualité de simple particulier, **en dehors de toute activité professionnelle** au cours :

- des activités scolaires qui comprennent les études notamment lors de travaux effectués en atelier ;
- du trajet normal effectué entre le domicile et l'établissement d'enseignement ou les lieux des activités énoncées ci-avant ;
- de la vie de tous les jours de l'étudiant assuré y compris pendant les vacances ;
- de la pratique de l'activité de baby-sitting (rémunérée ou non) ;
- de stages en milieu professionnel **d'une durée ne dépassant pas 12 mois**, rémunérés ou non, dans le cadre d'études (y compris lors des stages médicaux et paramédicaux).

Nous garantissons également

- Les dommages causés par les biens mobiliers et les animaux domestiques dont l'étudiant assuré est responsable ;
- Les personnes aidant bénévolement l'étudiant assuré, pour la responsabilité qu'elles peuvent encourir à l'égard des tiers du fait de cette aide. **Cette extension intervient uniquement en cas d'absence ou d'insuffisance de garantie du contrat d'assurance souscrit par la personne procurant cette aide à l'étudiant assuré.**

L'individuelle contre les accidents corporels

Ce que nous garantissons

Lorsque l'étudiant assuré est victime d'un dommage corporel à la suite d'un accident couvert par le présent contrat :

- le versement d'un capital en cas de décès, en cas d'incapacité permanente totale ou partielle.

Ce capital est également versé en cas de :

- poliomyélite ou méningite cérébro-spinale d'origine microbienne diagnostiquée au plus tôt un mois après la date d'effet du contrat ;
- maladie consécutive à l'accident corporel ou à une vaccination obligatoire.

Nous garantissons également les dommages résultant de la conduite de cyclomoteurs d'une cylindrée inférieure à 50 cm³, contrairement aux exclusions générales de ce contrat.

Les indemnités en cas de décès et d'incapacité permanente se cumulent avec celles que l'étudiant assuré pourrait recevoir du responsable de l'accident, d'un autre assureur ou de la Sécurité sociale.

Ce que nous ne garantissons pas

- Les dommages consécutifs à :
 - l'usage, par l'étudiant assuré, de stupéfiants non prescrits médicalement,
 - un état alcoolique, à savoir lorsque le taux d'alcoolémie est punissable d'au moins une contravention de la quatrième classe,
 - au suicide ou à la tentative de suicide de l'étudiant.
- Les activités sportives pratiquées à titre professionnel.
- La pratique des sports aériens.

Défense et recours

Défense amiable ou judiciaire

Ce que nous garantissons

Nous nous engageons à exercer toutes interventions amiables ou judiciaires en vue de vous défendre, à nos frais, en cas d'action mettant en cause une responsabilité assurée et garantie par ce contrat.

Recours amiable ou judiciaire

Ce que nous garantissons

Nous nous engageons à exercer, à nos frais, tout recours amiable ou judiciaire contre un tiers afin d'obtenir la réparation financière, dans le cadre de votre vie privée et de votre vie étudiante, des dommages matériels ou corporels que vous subissez y compris les recours lorsque l'étudiant assuré, non conducteur d'un véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance, est victime d'un dommage corporel causé par l'un de ses véhicules.

Nous ne pouvons exercer votre recours qu'à la condition que le tiers responsable soit une personne identifiée qui n'est pas définie comme une personne assurée.

Le montant du recours doit être supérieur à 450 €.

Ce que nous ne garantissons pas :

- les recours vous opposant à un professionnel avec lequel vous avez contracté si vous subissez un préjudice lié à l'exécution de ce contrat ;
- les biens confiés, loués ou empruntés ;
- les exclusions générales, qui sont applicables à toutes les garanties.

Dispositions communes relatives au remboursement des honoraires pour les garanties Défense et Recours amiable ou judiciaire

Pour ces deux garanties le montant de notre garantie est limité à 15 000 €.

Lorsqu'il est fait appel à un avocat pour vous assister ou vous représenter en justice, vous disposez toujours du libre choix de l'avocat.

À ce titre :

- Vous pouvez saisir directement un avocat de votre connaissance. Dans ce cas, vous devez nous en informer au préalable et nous communiquer ses coordonnées.

- Vous pouvez également, si vous le souhaitez et en formulez la demande par écrit, choisir l'avocat dont nous pouvons vous proposer les coordonnées.

Dans tous les cas, vous négociez avec lui le montant de ses frais et honoraires dans le cadre d'une convention d'honoraires et devez nous tenir informés du suivi.

Plafond de remboursement des honoraires et des frais d'avocat

En cas de sinistre garanti, les frais et honoraires d'avocat sont pris en charge dans la limite des montants exprimés dans le tableau ci-après. Ces montants s'imputent sur les plafonds de garantie en vigueur au jour de la déclaration de sinistre.

Les montants indiqués ci-dessous s'entendent TTC et sont calculés sur une TVA de 20 %. Ils comprennent les frais de secrétariat, de déplacements et de photocopies. Ces montants peuvent varier en fonction de la TVA en vigueur au jour de la facturation.		
	Montant TTC	
- Assistance à expertise, assistance à mesure d'instruction - Recours précontentieux en matière administrative - Représentation devant une commission administrative, civile	358 €	Par intervention
- Intervention amiable non aboutie - Intervention amiable aboutie avec protocole d'accord signé par les parties	309 € 526 €	Par affaire(1)
Médiation ou conciliation ayant abouti et constatée par le juge	526 €	Par affaire(1)
Ordonnance, quelle que soit la juridiction, de référé	599 €	Par ordonnance
Tribunal de police	479 €	Par affaire(1)
Tribunal de grande instance, Tribunal administratif	1 309 €	Par affaire(1)
Juge de l'exécution	599 €	Par affaire(1)
Toutes autres juridictions de première instance	955 €	Par affaire(1)
Appel en matière pénale	1 069 €	Par affaire(1)
Appel toutes autres matières	1 430 €	Par affaire(1)
- Cour d'assises - Cour de cassation et Conseil d'Etat	2 376 €	Par affaire(1) (y inclus les consultations)

(1) par affaire, on entend la saisine d'une juridiction par des parties qui s'opposent sur des mêmes faits, afin que leurs positions soient tranchées et ce, quels que soient les développements procéduraux mis en œuvre devant cette juridiction.

La prise en charge des frais et honoraires d'avocats s'effectue dans la limite des montants

TTC figurant au tableau ci-dessus, selon les modalités suivantes :

- soit nous réglons directement l'avocat qui a été saisi sur justificatifs de la procédure engagée, de la décision rendue et sur présentation d'une délégation d'honoraires que vous avez signée ;
- soit, à défaut de cette délégation, vous réglez toutes taxes comprises les frais et honoraires de l'avocat saisi et nous vous remboursons sur présentation de la décision rendue, du protocole signé ou des démarches effectuées d'une part et d'une facture acquittée d'autre part.

Lorsque vous avez avec plusieurs personnes un même litige contre un même adversaire et que vous avez confié à un même avocat la défense de ces intérêts communs, nous vous remboursons au prorata du nombre d'intervenants dans ce litige dans la limite des montants définis ci-dessus.

Quand le litige est porté devant des juridictions étrangères, le montant retenu est celui de la juridiction française équivalente. À défaut, le plafond applicable est celui du niveau de juridiction concerné.

Le règlement des cas de désaccord

En cas de désaccord entre vous et nous sur les mesures à prendre, vous pourrez soumettre cette difficulté à l'appréciation d'un conciliateur. Sa désignation est faite d'un commun accord ou à défaut par le président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile.

Si contre notre avis ou celui du conciliateur, vous engagez une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle proposée par le conciliateur ou par nous, nous prenons en charge les frais et honoraires que vous avez exposés pour cette procédure, dans les limites prévues dans le tableau figurant ci-dessus.

La subrogation

La partie adverse peut être tenue à vous verser des indemnités au titre des dépens ou en application des dispositions de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile ou son équivalent devant les autres juridictions. Le Code des Assurances nous permet alors de récupérer ces sommes dans la limite des frais et honoraires que nous avons engagés dans votre intérêt. Ce principe de récupération de somme s'appelle subrogation. Néanmoins, si vous justifiez de frais restés à votre charge, que vous avez payés dans l'intérêt de la procédure, vous récupérez ces indemnités en priorité.

Les limites territoriales

Notre garantie s'applique aux faits et événements survenus dans les pays énumérés ci-après :

France et Départements d'Outre-mer, Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grande-Bretagne, Grèce, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Saint-Marin, Vatican, Suède et Suisse.

Les exclusions générales

Ce que nous ne garantissons pas :

- Les conséquences de la faute de l'étudiant assuré si elle est intentionnelle (cette exclusion ne s'applique pas aux dommages causés à un tiers par des personnes dont l'étudiant assuré est civilement responsable),
- Les dommages causés lors de la pratique :
 - de la chasse, y compris la destruction d'animaux nuisibles lorsqu'elle relève du champ d'application de la RC chasse,
 - de toute activité sportive exercée dans des associations, clubs, fédérations qui ont assuré leurs adhérents conformément à l'article L321-1 du Code du sport,
 - d'activités ne relevant pas de la vie privée ou de la vie étudiante qu'elles soient :
 - exercées ou non à titre temporaire,
 - exercées à titre lucratif ou syndical,
 - liées à une fonction publique ou d'organisation de manifestations ouvertes au public,
- Les dommages résultant :
 - d'obligations contractuelles réalisées à titre onéreux (à l'exclusion du baby-sitting),
 - de toute activité professionnelle, y compris les accidents du travail,
 - de l'accomplissement d'actes médicaux effectués dans le cadre des études de médecine, en tant qu'interne ou remplaçant,
 - de l'organisation et de la participation à toutes épreuves, concours, courses ou compétition, ainsi qu'à toutes épreuves préparatoires nécessitant une autorisation préalable ou soumise à une obligation d'assurance,
 - de l'activité de l'étudiant assuré en qualité de tuteur ou curateur familial,
- Les dommages causés par :
 - l'étudiant assuré aux biens, objets ou animaux lui appartenant,
 - les équidés ou les animaux non domestiques appartenant ou gardés par l'étudiant assuré,
 - les chiens relevant des catégories 1 et 2 au sens de la loi relative aux animaux dangereux (article 211-12 du Code rural),
 - tout voilier de plus de 6 m ou tout bateau à moteur de plus de 6 CV ou tout véhicule nautique à moteur tels que jet ski, jet à bras, scooter et moto des mers,
 - tout véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance automobile dont l'étudiant assuré est propriétaire, gardien ou locataire y compris :
 - les remorques attelées ou non attelées si leur poids est supérieur à 750 kg,
 - les caravanes,
 - tout autre appareil terrestre lorsqu'il est attelé à un véhicule,
 - les appareils de navigation aérienne et engins aériens,
- Les dommages causés aux biens confiés, loués ou empruntés par l'étudiant assuré,
- Les dommages causés dans le cadre des stages d'études lorsqu'ils ont pour origine des actes prohibés par la réglementation en vigueur ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire.

À ces exclusions générales s'ajoutent les exclusions particulières figurant au niveau de chaque garantie.

Indemnisation

Dommmages causés à un tiers

Nous procédons pour le compte du responsable du sinistre au paiement des indemnités dues aux tiers.

Aucune reconnaissance de responsabilité ou transaction ne doit être réalisée sans notre accord.

Dommmages subis par l'étudiant assuré

Incapacité permanente totale ou partielle

Le taux d'incapacité permanente est :

- déterminé dès que l'état de la victime est consolidé, après examen de notre médecin. En cas de désaccord sur ses conclusions, vous devez accepter de soumettre le différend à un médecin désigné selon notre choix commun.

En cas de difficulté sur ce choix, la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande

Instance ;

- fixé d'après le « Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » Concours médical, édition 2001, de manière définitive sans révision possible et compte tenu des possibilités d'aggravation des séquelles.

Le taux d'incapacité devra être déterminé en France, même si l'accident est survenu hors de ce pays.

Le montant de l'indemnité est égal au capital garanti multiplié par le taux d'incapacité retenu.

Taux d'invalidité retenu	Indemnisation perçue par l'assuré (calcul)
9 %	0 €
11 %	$0,11 \times 20\,000 = 2\,200 \text{ €}$
40 %	$0,40 \times 35\,000 = 14\,000 \text{ €}$
65 %	$0,65 \times 85\,000 = 55\,250 \text{ €}$
85 %	$0,85 \times 200\,000 = 70\,000 \text{ €}$

Pour le montant du capital garanti servant au calcul de l'indemnisation, reportez-vous au tableau page 14.

Le montant du capital garanti croît avec l'importance de l'incapacité permanente et est indiqué au tableau des garanties.

La lésion de membres ou d'organes déjà infirmes au moment de l'accident n'est indemnisée que pour la différence entre l'état avant et après cet accident. Il ne doit pas être tenu compte d'un état antérieur d'infirmité pouvant affecter d'autres membres ou organes.

En cas d'incapacités multiples relevant d'un même accident, l'incapacité principale étant évaluée compte tenu des dispositions ci-dessus, les autres incapacités sont estimées successivement d'après la capacité restante, après déduction des précédentes.

L'indemnité est payée dès la date de consolidation, c'est-à-dire le moment à partir duquel l'état de la victime est considéré comme stabilisé, de façon définitive et permanente et qu'il n'est plus possible d'attendre de la poursuite des soins une amélioration.

Décès

En cas de décès, nous versons aux ayants droit de l'étudiant assuré le capital indiqué au tableau page 14.

Si l'accident entraîne, dans les vingt-quatre mois, le décès de l'étudiant assuré et si la victime a déjà bénéficié de l'indemnité pour incapacité permanente, nous versons le capital diminué de cette indemnité.

Ce que nous ne garantissons pas

- La participation forfaitaire et la franchise pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé prévues à l'article L 322-2 du Code de la Sécurité Sociale, appliquée aux personnes majeures au 1^{er} janvier de l'année en cours.

Versement de l'indemnité

Nous nous engageons à verser l'indemnité qui est due dans les trente jours qui suivent l'accord amiable ou une décision judiciaire exécutoire.

Ce délai court à partir du jour où vous avez fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au paiement.

En cas d'opposition, le délai court à partir du jour où cette opposition est levée.

Vie des garanties

Effet, durée et résiliation des garanties

Quand les garanties prennent-elles effet ?

La prise d'effet des garanties, en inclusion, n'interviendra au plus tôt que le lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par LMDE, à 0h00.

Quand les garanties prennent-elles fin ?

Les garanties cessent de produire leurs effets à la date de résiliation ou d'expiration du contrat complémentaire santé LMDE.

Sinistre

Dans quel délai devez-vous nous déclarer le sinistre ?

Vous devez nous déclarer le sinistre dès que vous en avez connaissance et au plus tard dans les cinq jours ouvrés.

Lorsque le sinistre n'est pas déclaré dans les délais prévus, vous perdez votre droit à indemnité, si nous établissons que ce retard nous a causé un préjudice.

Comment et à qui devez-vous déclarer le sinistre ?

- Vous devez déclarer le sinistre, par écrit et de préférence par lettre recommandée, au bureau de notre représentant : SATEC - 24, rue Cambacérès - 75413 Paris Cedex 08 - SAS de Courtage d'Assurances au capital de 30 944 909.25 € indirectement détenu à plus de 10% par AXA France Assurance - RCS Paris 784 395 725 Registre des Intermédiaires d'Assurance n° 07000665 - Site orias : <http://www.orias.fr/>.

- Vous devez, à cette occasion, nous préciser :

- la date, les circonstances et les causes connues ou supposées du sinistre ;
 - la nature et si possible le montant approximatif des dommages ;
 - les noms et adresses des personnes lésées ;
 - les références de votre contrat et l'existence éventuelle d'autres contrats couvrant le même risque ;
 - les noms et adresses de l'auteur du sinistre ainsi que ceux des victimes ou des témoins.
- Par la suite, vous devrez nous transmettre tous documents nécessaires à l'expertise ou concernant le sinistre (lettre, convocation, assignation) dès que vous les recevez.

- Vous devez en plus dans le cadre de la garantie individuelle :

- nous transmettre le certificat du médecin appelé à donner les premiers soins ;
- nous fournir toutes les pièces justificatives des frais de traitement ou d'hospitalisation.

Si vous ne respectez pas les obligations prévues ci-avant, nous pouvons vous réclamer une indemnité correspondant au préjudice que nous avons subi.

Si de mauvaise foi, vous faites de fausses déclarations sur le nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, ou employer sciemment comme justifications des moyens frauduleux ou des documents mensongers, vous êtes entièrement déchu de tout droit à garantie pour ce sinistre.

Direction de l'action en responsabilité

Vous ne devez accepter aucune reconnaissance de responsabilité, ni transiger sans notre accord.

En cas d'action en responsabilité dirigée contre vous

- Devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, nous seuls avons la direction de la procédure et la faculté d'exercer les voies de recours dans la limite de notre garantie. Toutefois, lorsque cette dernière est dépassée vous avez la faculté de vous associer à notre action.

- Devant les juridictions pénales, nous vous proposons les services d'un avocat pour assumer votre défense. Mais vous êtes libre de refuser et d'organiser vous-même votre défense.

S'il y a constitution de partie civile, la direction du procès nous incombe. Dans ce cas, un seul défenseur est souhaitable mais rien ne s'oppose à ce que vous désigniez à vos frais un avocat qui s'associe à la défense.

Prise en charge des frais de procès

Nous prenons en charge les frais de procès et les autres frais de règlement.

Toutefois, lorsque les dommages-intérêts auxquels vous êtes condamné sont d'un montant supérieur à celui de la garantie, chacun de nous supporte ces frais dans la proportion de l'indemnité à sa charge.

Dispositions spéciales

Si à la suite d'un manquement à vos obligations, postérieurement au sinistre, vous perdez tout droit à indemnité, nous indemnisons les personnes envers lesquelles vous êtes responsables.

Toutefois, nous conservons la possibilité d'agir en remboursement des sommes ainsi payées à votre place.

Subrogation

Nous nous substituons à vous, à concurrence de l'indemnité payée, dans l'exercice de vos droits et actions à l'encontre de tout tiers responsable des dommages.

Si par votre fait ces droits et actions ne peuvent plus être exercés, notre garantie cesse de vous être acquise pour la partie non récupérable.

Cependant, nous ne pouvons exercer aucun recours contre vos enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe et généralement toutes personnes vivant habituellement chez vous, sauf cas de malveillance commise par l'une de ces personnes.

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.

3. 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 ayant-droit de l'assuré décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des Assurances, la prescription est interrompue

par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

Elle est également interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- par 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 ;
 - 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, 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.

En cas de réclamation

Sans préjudice du droit pour vous d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur privilégié ou votre service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel :

Si le contrat comporte **des garanties de Protection Juridique** au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante : AXA Protection Juridique – Service Réclamation – 1 place Victorien Sardou – 78166 Marly le Roi Cedex.

Pour les autres garanties à la Direction Relations Clientèle à l'adresse suivante : AXA France – Direction Relations Clientèle DAA – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin : un accusé réception vous sera adressé sous 8 jours et une réponse vous sera alors adressée dans un délai 40 jours (sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire).

Si 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 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Limites de garanties et franchise

Garantie Responsabilité civile de l'étudiant en cas de dommages causés aux tiers ⁽¹⁾	
Dommages corporels	20 000 000 €
Dommages matériels et immatériels consécutifs	1 500 000 € dont : - 300 000 € pour les dommages immatériels - 300 000 € pour les dommages matériels et immatériels consécutifs causés aux biens confiés lors de stages d'études rémunérés ou non
Franchise	150 € par sinistre en cas de dommages matériels et immatériels consécutifs
Garantie des dommages corporels causés à l'étudiant	
Défense et recours	15 000 €
Décès	4 000 €
Incapacité permanente (le taux d'invalidité s'applique sur ces montants) ⁽²⁾	
– jusqu'à 9 %	néant
– de 10 % à 29 %	20 000 €
– de 30 % à 59 %	35 000 €
– de 60 % à 79 %	85 000 €
– de 80 % à 100 %	200 000 €
Décès	4 000 €
Défense et recours	
Défense et recours	15 000 €

(1) Dans tous les cas, la garantie Responsabilité civile est limitée à 20 000 000 € tous dommages confondus, sauf lorsque le présent tableau indique un plafond de garantie inférieur.

(2) Le montant de l'indemnité est égal au capital garanti multiplié par le taux d'incapacité retenu, reportez-vous page 9 pour un exemple de calcul.

Lexique

Accident

Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, à la condition qu'elle ne soit pas provoquée intentionnellement par l'assuré.

Assuré ou Vous

L'étudiant résidant en France Métropolitaine ou dans les Départements d'Outre-Mer, adhérent aux garanties complémentaire santé de LMDE qui est nommément désigné sur l'attestation remise par La Mutuelle Des Etudiants, et lui seul.

Assureur ou Nous

AXA France IARD, Société Anonyme régie par le Code des Assurances, au capital de 214 799 030 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 722 057 460, AXA Assurances IARD Mutuelle, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers – Siren 775699309 – Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'arche 93727 Nanterre Cedex, entreprises régies par le Code des Assurances

Collatéraux

Personnes issues d'un auteur commun mais sans lien de descendance directe (frère, sœur, oncle, tante, neveu, cousin ...).

Dommages corporels

Toute atteinte à l'intégrité physique des personnes.

Dommages immatériels

Tout préjudice consécutif à un dommage corporel ou matériel garanti.

Dommages matériels

Toute détérioration d'un bien, toute atteinte physique à un animal.

Tiers

Toute personne autre que :

- l'assuré et son conjoint,
- leurs ascendants, descendants et leur conjoint
- leurs collatéraux et leur conjoint pour les seuls dommages matériels qu'ils peuvent subir
- l'entourage de l'assuré à savoir toutes les personnes vivant en permanence au foyer de l'assuré
- les personnes dont l'assuré ou son conjoint a la tutelle ou la curatelle.

Notice d'information relative aux garanties du contrat collectif n° 7316827404

Responsabilité Civile

Vie Privée – Vie Etudiante

Cette notice d'information est établie conformément à l'article L112-2 du Code des assurances.

Elle décrit les garanties, les exclusions, les obligations de l'assuré, les modalités d'examen des réclamations et comprend en annexe la fiche d'information relative au fonctionnement de la garantie dans le temps en assurance «Responsabilité Civile».

Ces garanties ont été fixées au titre du contrat collectif (ci-après contrat) passé conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité entre **AXA France IARD**, Société Anonyme régie par le Code des Assurances, au capital de 214 799 030 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 722 057 460, **AXA Assurances IARD Mutuelle**, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers – SIREN 775699309 – dont les sièges sociaux sont sis 313, Terrasses de l'arche 93727 Nanterre Cedex, entreprises régies par le Code des assurances, (ci-après l'Assureur), et **LA MUTUELLE DES ÉTUDIANTS** (ci-après LMDE), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, SIREN 431 791 672, dont le siège social est sis 32 Rue Blanche, 75009 Paris, pour le compte de ses membres ayant adhéré aux garanties complémentaires santé de LMDE « LMDE INTERNATIONAL »

Le contrat d'assurance est souscrit en coassurance entre AXA France IARD, et AXA Assurance IARD Mutuelle.

Étendues territoriales

Les garanties « Responsabilité civile vie privée et vie étudiante », y compris pour les dommages corporels, matériels et immatériels causés à des tiers dans le cadre de stage d'études, de votre contrat s'appliquent dans le monde entier.



Les pays dans lesquels s'exercent la garantie « Défense et Recours » figurent dans les dispositions relatives à cette garantie.

Responsabilité civile vie privée et vie étudiante

Ce que nous garantissons

Les conséquences pécuniaires de la responsabilité encourue par l'étudiant assuré s'il cause un dommage corporel, matériel ou immatériel consécutif à un tiers par accident en qualité de simple particulier, **en dehors de toute activité professionnelle** au cours :

- des activités scolaires qui comprennent les études notamment lors de travaux effectués en atelier ;
- du trajet normal effectué entre le domicile et l'établissement d'enseignement ou les lieux des activités énoncées ci-avant ;
- de la vie de tous les jours de l'étudiant assuré y compris pendant les vacances ;
- de la pratique de l'activité de baby-sitting (rémunérée ou non) ;
- de stages en milieu professionnel **d'une durée ne dépassant pas 12 mois**, rémunérés ou non, dans le cadre d'études (y compris lors des stages médicaux et paramédicaux).

Nous garantissons également

- Les dommages causés par les biens mobiliers et les animaux domestiques dont l'étudiant assuré est responsable ;
- Les personnes aidant bénévolement l'étudiant assuré, pour la responsabilité qu'elles peuvent encourir à l'égard des tiers du fait de cette aide. **Cette extension intervient uniquement en cas d'absence ou d'insuffisance de garantie du contrat d'assurance souscrit par la personne procurant cette aide à l'étudiant assuré.**

Défense et recours

Défense amiable ou judiciaire

Ce que nous garantissons

Nous nous engageons à exercer toutes interventions amiables ou judiciaires en vue de vous défendre, à nos frais, en cas d'action mettant en cause une responsabilité assurée et garantie par ce contrat.

Recours amiable ou judiciaire

Ce que nous garantissons

Nous nous engageons à exercer, à nos frais, tout recours amiable ou judiciaire contre un tiers afin d'obtenir la réparation financière, dans le cadre de votre vie privée et de votre vie étudiante, des dommages matériels ou corporels que vous subissez y compris les recours lorsque l'étudiant assuré, non conducteur d'un véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance, est victime d'un dommage corporel causé par l'un de ses véhicules.

Nous ne pouvons exercer votre recours qu'à la condition que le tiers responsable soit une personne identifiée qui n'est pas définie comme une personne assurée.

Le montant du recours doit être supérieur à 450 €.

Ce que nous ne garantissons pas :

- les recours vous opposant à un professionnel avec lequel vous avez contracté si vous subissez un préjudice lié à l'exécution de ce contrat ;
- les biens confiés, loués ou empruntés ;
- les exclusions générales, qui sont applicables à toutes les garanties.

Dispositions communes relatives au remboursement des honoraires pour les garanties Défense et Recours amiable ou judiciaire

Pour ces deux garanties le montant de notre garantie est limité à 15 000 €.

Lorsqu'il est fait appel à un avocat pour vous assister ou vous représenter en justice, vous disposez toujours du libre choix de l'avocat.

À ce titre :

- Vous pouvez saisir directement un avocat de votre connaissance. Dans ce cas, vous devez nous en informer au préalable et nous communiquer ses coordonnées.

- Vous pouvez également, si vous le souhaitez et en formulez la demande par écrit, choisir l'avocat dont nous pouvons vous proposer les coordonnées.

Dans tous les cas, vous négociez avec lui le montant de ses frais et honoraires dans le cadre d'une convention d'honoraires et devez nous tenir informés du suivi.

Plafond de remboursement des honoraires et des frais d'avocat

En cas de sinistre garanti, les frais et honoraires d'avocat sont pris en charge dans la limite des montants exprimés dans le tableau ci-après. Ces montants s'imputent sur les plafonds de garantie en vigueur au jour de la déclaration de sinistre.

Les montants indiqués ci-dessous s'entendent TTC et sont calculés sur une TVA de 20 %. Ils comprennent les frais de secrétariat, de déplacements et de photocopies. Ces montants peuvent varier en fonction de la TVA en vigueur au jour de la facturation.		
	Montant TTC	
- Assistance à expertise, assistance à mesure d'instruction - Recours précontentieux en matière administrative - Représentation devant une commission administrative, civile	358 €	Par intervention
- Intervention amiable non aboutie - Intervention amiable aboutie avec protocole d'accord signé par les parties	309 € 526 €	Par affaire(1)
Médiation ou conciliation ayant abouti et constatée par le juge	526 €	Par affaire(1)
Ordonnance, quelle que soit la juridiction, de référé	599 €	Par ordonnance
Tribunal de police	479 €	Par affaire(1)
Tribunal de grande instance, Tribunal administratif	1 309 €	Par affaire(1)
Juge de l'exécution	599 €	Par affaire(1)
Toutes autres juridictions de première instance	955 €	Par affaire(1)
Appel en matière pénale	1 069 €	Par affaire(1)
Appel toutes autres matières	1 430 €	Par affaire(1)
- Cour d'assises - Cour de cassation et Conseil d'Etat	2 376 €	Par affaire(1) (y inclus les consultations)

(1) par affaire, on entend la saisine d'une juridiction par des parties qui s'opposent sur des mêmes faits, afin que leurs positions soient tranchées et ce, quels que soient les développements procéduraux mis en œuvre devant cette juridiction.

La prise en charge des frais et honoraires d'avocats s'effectue dans la limite des montants TTC figurant au tableau ci-dessus, selon les modalités suivantes :

- soit nous réglons directement l'avocat qui a été saisi sur justificatifs de la procédure engagée, de la décision rendue et sur présentation d'une délégation d'honoraires que vous avez signée ;

- soit, à défaut de cette délégation, vous réglez toutes taxes comprises les frais et honoraires de l'avocat saisi et nous vous remboursons sur présentation de la décision rendue, du protocole signé ou des démarches effectuées d'une part et d'une facture acquittée d'autre part.

Lorsque vous avez avec plusieurs personnes un même litige contre un même adversaire et que vous avez confié à un même avocat la défense de ces intérêts communs, nous vous remboursons au prorata du nombre d'intervenants dans ce litige dans la limite des montants définis ci-dessus.

Quand le litige est porté devant des juridictions étrangères, le montant retenu est celui de la juridiction française équivalente. À défaut, le plafond applicable est celui du niveau de juridiction concerné.

Le règlement des cas de désaccord

En cas de désaccord entre vous et nous sur les mesures à prendre, vous pourrez soumettre cette difficulté à l'appréciation d'un conciliateur. Sa désignation est faite d'un commun accord ou à défaut par le président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile.

Si contre notre avis ou celui du conciliateur, vous engagez une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle proposée par le conciliateur ou par nous, nous prenons en charge les frais et honoraires que vous avez exposés pour cette procédure, dans les limites prévues dans le tableau figurant ci-dessus.

La subrogation

La partie adverse peut être tenue à vous verser des indemnités au titre des dépens ou en application des dispositions de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile ou son équivalent devant les autres juridictions. Le Code des Assurances nous permet alors de récupérer ces sommes dans la limite des frais et honoraires que nous avons engagés dans votre intérêt. Ce principe de récupération de somme s'appelle subrogation. Néanmoins, si vous justifiez de frais restés à votre charge, que vous avez payés dans l'intérêt de la procédure, vous récupérez ces indemnités en priorité.

Les limites territoriales

Notre garantie s'applique aux faits et événements survenus dans les pays énumérés ci-après :

France et Départements d'Outre-mer, Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grande-Bretagne, Grèce, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Saint-Marin, Vatican, Suède et Suisse.

Les exclusions générales

Ce que nous ne garantissons pas :

- Les conséquences de la faute de l'étudiant assuré si elle est intentionnelle (cette exclusion ne s'applique pas aux dommages causés à un tiers par des personnes dont l'étudiant assuré est civilement responsable),
- Les dommages causés lors de la pratique :
 - de la chasse, y compris la destruction d'animaux nuisibles lorsqu'elle relève du champ d'application de la RC chasse,
 - de toute activité sportive exercée dans des associations, clubs, fédérations qui ont assuré leurs adhérents conformément à l'article L321-1 du Code du sport,
 - d'activités ne relevant pas de la vie privée ou de la vie étudiante qu'elles soient :
 - exercées ou non à titre temporaire,
 - exercées à titre lucratif ou syndical,
 - liées à une fonction publique ou d'organisation de manifestations ouvertes au public,
- Les dommages résultant :
 - d'obligations contractuelles réalisées à titre onéreux (à l'exclusion du baby-sitting),
 - de toute activité professionnelle, y compris les accidents du travail,
 - de l'accomplissement d'actes médicaux effectués dans le cadre des études de médecine, en tant qu'interne ou remplaçant,
 - de l'organisation et de la participation à toutes épreuves, concours, courses ou compétition, ainsi qu'à toutes épreuves préparatoires nécessitant une autorisation préalable ou soumise à une obligation d'assurance,
 - de l'activité de l'étudiant assuré en qualité de tuteur ou curateur familial,
- Les dommages causés par :
 - l'étudiant assuré aux biens, objets ou animaux lui appartenant,
 - les équidés ou les animaux non domestiques appartenant ou gardés par l'étudiant assuré,
 - les chiens relevant des catégories 1 et 2 au sens de la loi relative aux animaux dangereux (article 211-12 du Code rural),
 - tout voilier de plus de 6 m ou tout bateau à moteur de plus de 6 CV ou tout véhicule nautique à moteur tels que jet ski, jet à bras, scooter et moto des mers,
 - tout véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance automobile dont l'étudiant assuré est propriétaire, gardien ou locataire y compris :
 - les remorques attelées ou non attelées si leur poids est supérieur à 750 kg,
 - les caravanes,
 - tout autre appareil terrestre lorsqu'il est attelé à un véhicule,
 - les appareils de navigation aérienne et engins aériens,
- Les dommages causés aux biens confiés, loués ou empruntés par l'étudiant assuré,
- Les dommages causés dans le cadre des stages d'études lorsqu'ils ont pour origine des actes prohibés par la réglementation en vigueur ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire.

À ces exclusions générales s'ajoutent les exclusions particulières figurant au niveau de chaque garantie.

Indemnisation

Dommmages causés à un tiers

Nous procédons pour le compte du responsable du sinistre au paiement des indemnités dues aux tiers.

Aucune reconnaissance de responsabilité ou transaction ne doit être réalisée sans notre accord.

- La participation forfaitaire et la franchise pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé prévues à l'article L 322-2 du Code de la Sécurité Sociale, appliquée aux personnes majeures au 1^{er} janvier de l'année en cours.

Versement de l'indemnité

Nous nous engageons à verser l'indemnité qui est due dans les trente jours qui suivent l'accord amiable ou une décision judiciaire exécutoire.

Ce délai court à partir du jour où vous avez fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au paiement.

En cas d'opposition, le délai court à partir du jour où cette opposition est levée.

Vie des garanties

Effet, durée et résiliation des garanties

Quand les garanties prennent-elles effet ?

La prise d'effet des garanties, en inclusion, n'interviendra au plus tôt que le lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par LMDE, à 0h00.

Quand les garanties prennent-elles fin ?

Les garanties cessent de produire leurs effets à la date de résiliation ou d'expiration du contrat complémentaire santé LMDE.

Sinistre

Dans quel délai devez-vous nous déclarer le sinistre ?

Vous devez nous déclarer le sinistre dès que vous en avez connaissance et au plus tard dans les cinq jours ouvrés.

Lorsque le sinistre n'est pas déclaré dans les délais prévus, vous perdez votre droit à indemnité, si nous établissons que ce retard nous a causé un préjudice.

Comment et à qui devez-vous déclarer le sinistre ?

- Vous devez déclarer le sinistre, par écrit et de préférence par lettre recommandée, au bureau de notre représentant : SATEC - 24, rue Cambacérès - 75413 Paris Cedex 08 - SAS de Courtage d'Assurances au capital de 30 944 909.25 € indirectement détenu à plus de 10% par AXA France Assurance - RCS Paris 784 395 725 Registre des Intermédiaires d'Assurance n° 07000665 - Site orias : <http://www.orias.fr/>.

- Vous devez, à cette occasion, nous préciser :

- la date, les circonstances et les causes connues ou supposées du sinistre ;
 - la nature et si possible le montant approximatif des dommages ;
 - les noms et adresses des personnes lésées ;
 - les références de votre contrat et l'existence éventuelle d'autres contrats couvrant le même risque ;
 - les noms et adresses de l'auteur du sinistre ainsi que ceux des victimes ou des témoins.
- Par la suite, vous devrez nous transmettre tous documents nécessaires à l'expertise ou concernant le sinistre (lettre, convocation, assignation) dès que vous les recevez.

Si vous ne respectez pas les obligations prévues ci-avant, nous pouvons vous réclamer une indemnité correspondant au préjudice que nous avons subi.

Si de mauvaise foi, vous faites de fausses déclarations sur le nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, ou employer sciemment comme justifications des moyens frauduleux ou des documents mensongers, vous êtes entièrement déchu de tout droit à garantie pour ce sinistre.

Direction de l'action en responsabilité

Vous ne devez accepter aucune reconnaissance de responsabilité, ni transiger sans notre accord.

En cas d'action en responsabilité dirigée contre vous

- Devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, nous seuls avons la direction de la procédure et la faculté d'exercer les voies de recours dans la limite de notre garantie. Toutefois, lorsque cette dernière est dépassée vous avez la faculté de vous associer à notre action.

- Devant les juridictions pénales, nous vous proposons les services d'un avocat pour assumer votre défense. Mais vous êtes libre de refuser et d'organiser vous-même votre défense.

S'il y a constitution de partie civile, la direction du procès nous incombe. Dans ce cas, un seul défenseur est souhaitable mais rien ne s'oppose à ce que vous désigniez à vos frais un avocat qui s'associe à la défense.

Prise en charge des frais de procès

Nous prenons en charge les frais de procès et les autres frais de règlement.

Toutefois, lorsque les dommages-intérêts auxquels vous êtes condamné sont d'un montant supérieur à celui de la garantie, chacun de nous supporte ces frais dans la proportion de l'indemnité à sa charge.

Dispositions spéciales

Si à la suite d'un manquement à vos obligations, postérieurement au sinistre, vous perdez tout droit à indemnité, nous indemnisons les personnes envers lesquelles vous êtes responsables.

Toutefois, nous conservons la possibilité d'agir en remboursement des sommes ainsi payées à votre place.

Subrogation

Nous nous substituons à vous, à concurrence de l'indemnité payée, dans l'exercice de vos droits et actions à l'encontre de tout tiers responsable des dommages.

Si par votre fait ces droits et actions ne peuvent plus être exercés, notre garantie cesse de vous être acquise pour la partie non récupérable.

Cependant, nous ne pouvons exercer aucun recours contre vos enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe et généralement toutes personnes vivant habituellement chez vous, sauf cas de malveillance commise par l'une de ces personnes.

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.

3. 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 ayant-droit de l'assuré décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des Assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

Elle est également interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- par 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 ;
 - 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, 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.

En cas de réclamation

Sans préjudice du droit pour vous d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur privilégié ou votre service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel :

Si le contrat comporte **des garanties de Protection Juridique** au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante : AXA Protection Juridique – Service Réclamation – 1 place Victorien Sardou – 78166 Marly le Roi Cedex.

Pour les autres garanties à la Direction Relations Clientèle à l'adresse suivante : AXA France – Direction Relations Clientèle DAA – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin : un accusé réception vous sera adressé sous 8 jours et une réponse vous sera alors adressée dans un délai 40 jours (sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire).

Si 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 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Limites de garanties et franchise

Garantie Responsabilité civile de l'étudiant en cas de dommages causés aux tiers ⁽¹⁾	
Dommages corporels	20 000 000 €
Dommages matériels et immatériels consécutifs	1 500 000 € dont : - 300 000€ pour les dommages immatériels - 300 000 € pour les dommages matériels et immatériels consécutifs causés aux biens confiés lors de stages d'études rémunérés ou non
Franchise	150 € par sinistre en cas de dommages matériels et immatériels consécutifs
Défense et recours	
Défense et recours	15 000 €

(1) Dans tous les cas, la garantie Responsabilité civile est limitée à 20 000 000 € tous dommages confondus, sauf lorsque le présent tableau indique un plafond de garantie inférieur.

Lexique

Accident

Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, à la condition qu'elle ne soit pas provoquée intentionnellement par l'assuré.

Assuré ou Vous

L'étudiant résidant en France Métropolitaine ou dans les Départements d'Outre-Mer, adhérent aux garanties complémentaire santé de LMDE qui est nommément désigné sur l'attestation remise par La Mutuelle Des Etudiants, et lui seul.

Assureur ou Nous

AXA France IARD, Société Anonyme régie par le Code des Assurances, au capital de 214 799 030 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 722 057 460, AXA Assurances IARD Mutuelle, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers – Siren 775699309 – Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'arche 93727 Nanterre Cedex, entreprises régies par le Code des Assurances

Collatéraux

Personnes issues d'un auteur commun mais sans lien de descendance directe (frère, sœur, oncle, tante, neveu, cousin ...).

Dommmages corporels

Toute atteinte à l'intégrité physique des personnes.

Dommmages immatériels

Tout préjudice consécutif à un dommage corporel ou matériel garanti.

Dommmages matériels

Toute détérioration d'un bien, toute atteinte physique à un animal.

Tiers

Toute personne autre que :

- l'assuré et son conjoint,
- leurs ascendants, descendants et leur conjoint
- leurs collatéraux et leur conjoint pour les seuls dommages matériels qu'ils peuvent subir
- l'entourage de l'assuré à savoir toutes les personnes vivant en permanence au foyer de l'assuré
- les personnes dont l'assuré ou son conjoint a la tutelle ou la curatelle.

Annexe

Fiche relative au fonctionnement des garanties « Responsabilité civile » dans le temps

Annexe de l'article A. 112 du Code des Assurances.

Avertissement

La présente fiche d'information vous est délivrée en application de l'article L. 112-2 du Code des Assurances.

Elle a pour objet d'apporter les informations nécessaires à une bonne compréhension du fonctionnement de la garantie de Responsabilité civile dans le temps.

Elle concerne les contrats souscrits ou reconduits postérieurement à l'entrée en vigueur le 3 novembre 2003 de l'article 80 de la loi n° 2003-706. Les contrats souscrits antérieurement font l'objet de dispositions particulières précisées dans la même loi.

En comprendre les termes

Fait dommageable

Fait, acte ou événement à l'origine des dommages subis par la victime et faisant l'objet d'une réclamation.

Réclamation

Mise en cause de votre responsabilité, soit par lettre adressée à l'assuré ou à l'assureur, soit par assignation devant un tribunal civil ou administratif. Un même sinistre peut faire l'objet de plusieurs réclamations, soit d'une même victime, soit de plusieurs victimes.

Période de validité de la garantie

Période comprise entre la date de prise d'effet de la garantie et, après d'éventuelles reconductions, sa date de résiliation ou d'expiration.

Période subséquente

Période se situant après la date de résiliation ou d'expiration de la garantie. Sa durée est précisée par le contrat. Elle ne peut être inférieure à 5 ans.

Si votre contrat garantit exclusivement votre responsabilité civile vie privée, reportez-vous au I ci-après. Sinon, reportez-vous I et au II ci-après.

I – Le contrat garantit votre Responsabilité Civile Vie Privée

En dehors de toute activité professionnelle, la garantie est déclenchée par le fait dommageable.

L'assureur apporte sa garantie lorsqu'une réclamation consécutive à des dommages causés à autrui est formulée et que votre responsabilité ou celle des autres personnes garanties par le contrat est engagée, dès lors que le fait à l'origine de ces dommages est survenu entre la date de prise d'effet et la date de résiliation ou d'expiration de la garantie.

La déclaration de sinistre doit être adressée à l'assureur dont la garantie est ou était en cours de validité au moment où le fait dommageable s'est produit.

II – Le contrat garantit la Responsabilité Civile du fait d'une Activité Professionnelle

Le contrat d'assurance doit préciser si la garantie est déclenchée par le « fait dommageable » ou si elle l'est par « la réclamation ». Lorsque le contrat contient à la fois des garanties couvrant votre responsabilité civile du fait d'activité professionnelle et des garanties couvrant votre responsabilité civile « Vie Privée », ces dernières sont déclenchées par le fait dommageable (cf. I). Certains contrats, pour lesquels la loi prévoit des dispositions particulières dérogent cependant à cette disposition ; c'est le cas par exemple en matière d'assurance décennale obligatoire des activités de construction.

1 - Comment fonctionne le mode de déclenchement « par le fait dommageable » ?

L'assureur apporte sa garantie lorsqu'une réclamation consécutive à des dommages causés à autrui est formulée et que votre responsabilité ou celle des autres personnes garanties par le contrat est engagée, dès lors que le fait à l'origine de ces dommages est survenu entre la date de prise d'effet et la date de résiliation ou d'expiration de la garantie. La déclaration de sinistre doit être adressée à l'assureur dont la garantie est ou était en cours de validité au moment où le fait dommageable s'est produit.

2 - Comment fonctionne le mode de déclenchement « par la réclamation » ?

Quel que soit le cas, la garantie de l'assureur n'est pas due si l'assuré avait connaissance du fait dommageable au jour de la souscription de celle-ci.

2.1 Premier cas : la réclamation du tiers est adressée à l'assuré ou à l'assureur pendant la période de validité de la garantie souscrite.

L'assureur apporte sa garantie, même si le fait à l'origine du sinistre s'est produit avant la souscription de la garantie.

2.2 Second cas : la réclamation est adressée à l'assuré ou à l'assureur pendant la période subséquente.

Cas 2.2.1 : l'assuré n'a pas souscrit de nouvelle garantie de responsabilité déclenchée par la réclamation couvrant le même risque. L'assureur apporte sa garantie.

Cas 2.2.2 : l'assuré a souscrit une nouvelle garantie de responsabilité déclenchée par la réclamation auprès d'un nouvel assureur couvrant le même risque.

C'est la nouvelle garantie qui est mise en œuvre, sauf si l'assuré avait connaissance du fait dommageable au jour de la souscription de celle-ci, auquel cas, c'est la garantie précédente qui intervient.

Aussi, dès lors qu'il n'y a pas d'interruption entre deux garanties successives et que la réclamation est adressée à l'assuré ou à son assureur avant l'expiration du délai subséquent de la garantie initiale, l'un des deux assureurs est nécessairement compétent et prend en charge la réclamation.

Lorsque la garantie initiale est déclenchée pendant la période subséquente, le plafond de l'indemnisation ne peut être inférieur à celui de la garantie déclenchée pendant l'année précédant la date de sa résiliation ou de son expiration.

Notice d'information relative aux garanties du contrat collectif n°7156275304

La Complète de l'Etudiant

Inclus dans l'Assurance de l'Etudiant et Plus LMDE

Cette notice d'information est établie conformément à l'article L112-2 du Code des assurances.

Elle décrit les garanties, les exclusions, les obligations de l'assuré, les modalités d'examen des réclamations et comprend en annexe la fiche d'information relative au fonctionnement de la garantie dans le temps en assurance «Responsabilité Civile».

Ces garanties ont été fixées au titre du contrat collectif (ci-après contrat) passé conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité entre **AXA France IARD**, Société Anonyme régie par le Code des Assurances, au capital de 214 799 030 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 722 057 460, **AXA Assurances IARD Mutuelle**, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers – SIREN 775699309 – dont les sièges sociaux sont sis 313, Terrasses de l'arche 93727 Nanterre Cedex, entreprises régies par le Code des assurances, (ci-après l'Assureur), et **LA MUTUELLE DES ÉTUDIANTS** (ci-après LMDE), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, SIREN 431 791 672, dont le siège social est sis 32 Rue Blanche, 75009 Paris, pour le compte de ses membres ayant adhéré aux garanties complémentaires santé de LMDE « Assurance de l'Etudiant » ou « Plus LMDE » ou aux packs de garanties suivants : « HOSPI LMDE ET ASSURANCE DE L'ETUDIANT », « HOSPI LMDE ET PLUS LMDE », « MINI LMDE ET ASSURANCE DE L'ETUDIANT », « MINI LMDE ET PLUS ETUDIANT », « BASIQUE LMDE ET ASSURANCE DE L'ETUDIANT », « BASIQUE LMDE ET PLUS ETUDIANT », « ESSENTIELLE LMDE ET ASSURANCE DE L'ETUDIANT », « ESSENTIELLE LMDE ET PLUS LMDE », « ZEN LMDE ET ASSURANCE DE L'ETUDIANT » et « ZEN LMDE ET PLUS LMDE ».

Le contrat d'assurance est souscrit en coassurance entre AXA France IARD, et AXA Assurance IARD Mutuelle.

Sommaire

section	page	contenu
Étendues territoriales	3	
Responsabilité civile vie privée et vie étudiante	4	Ce que nous garantissons
L'individuelle contre les accidents corporels	5	Ce que nous garantissons
Défense et recours	6	Défense amiable ou judiciaire
	6	Recours amiable ou judiciaire
	6	Dispositions communes relatives au remboursement des honoraires pour les garanties Défense et Recours amiable ou judiciaire
	7	Plafond de remboursement des honoraires et des frais d'avocat
	7	Le règlement des cas de désaccord
	8	La subrogation
	8	Les limites territoriales
Les exclusions générales	9	
Indemnisation	10	Dommages causés à un tiers
	10	Dommages subis par l'étudiant assuré
	11	Versement de l'indemnité
Assistance aux personnes	12	Comment bénéficier des prestations
	12	Les prestations
	12	Assistance médicale
	14	Assistance transport
	16	Assistance voyage et juridique à l'étranger
	17	Exclusions générales
	17	Exclusions médicales
	17	Exclusions assistance voyage et juridique à l'étranger
Information juridique par téléphone	18	
Vie des garanties	19	Effet, durée et résiliation
	19	Sinistre
	20	Direction de l'action en responsabilité
	20	Prise en charge des frais de procès
	20	Dispositions spéciales
	20	Subrogation
	21	Prescription
	21	En cas de réclamation
Limites de garanties et franchise	24	
Lexique	25	
Annexe	26	Fonctionnement des garanties Responsabilité Civile dans le temps

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), située 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

Les présentes garanties sont régies par le Code des assurances et le droit français.

Étendues territoriales

Les garanties

- « Responsabilité civile vie privée et vie étudiante », y compris pour les dommages corporels, matériels et immatériels causés à des tiers dans le cadre de stage d'études,
- « Individuelle contre les accidents corporels »

de votre contrat s'appliquent dans le monde entier.



Les pays dans lesquels s'exercent la garantie « Défense et Recours » et la garantie « Assistance » figurent dans les dispositions relatives à ces garanties.

Responsabilité civile vie privée et vie étudiante

Ce que nous garantissons

Les conséquences pécuniaires de la responsabilité encourue par l'étudiant assuré s'il cause un dommage corporel, matériel ou immatériel consécutif à un tiers par accident en qualité de simple particulier, **en dehors de toute activité professionnelle** au cours :

- des activités scolaires qui comprennent les études notamment lors de travaux effectués en atelier,
- du trajet normal effectué entre le domicile et l'établissement d'enseignement ou les lieux des activités énoncées ci-avant ;
- de la vie de tous les jours de l'étudiant assuré y compris pendant les vacances ;
- de la pratique de l'activité de baby-sitting (rémunérée ou non) ;
- de stages en milieu professionnel **d'une durée ne dépassant pas 12 mois**, rémunérés ou non, dans le cadre d'études (y compris lors des stages médicaux et paramédicaux).

Nous garantissons également

- Les dommages causés par les biens mobiliers et les animaux domestiques dont l'étudiant assuré est responsable ;
- Les personnes aidant bénévolement l'étudiant assuré, pour la responsabilité qu'elles peuvent encourir à l'égard des tiers du fait de cette aide. **Cette extension intervient uniquement en cas d'absence ou d'insuffisance de garantie du contrat d'assurance souscrit par la personne procurant cette aide à l'étudiant assuré.**

L'individuelle contre les accidents corporels

Ce que nous garantissons

Lorsque l'étudiant assuré est victime d'un dommage corporel à la suite d'un accident couvert par le présent contrat :

- le versement d'un capital en cas de décès, en cas d'incapacité permanente totale ou partielle.

Ce capital est également versé en cas de :

- poliomyélite ou méningite cérébro-spinale d'origine microbienne diagnostiquée au plus tôt un mois après la date d'effet du contrat ;
 - maladie consécutive à l'accident corporel ou à une vaccination obligatoire.
- le remboursement des frais de traitement. Il s'agit :
 - des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation ;
 - des frais pharmaceutiques.

Nous garantissons également les dommages résultant de la conduite de cyclomoteurs d'une cylindrée inférieure à 50 cm³, contrairement aux exclusions générales de ce contrat.

Les indemnités en cas de décès et d'incapacité permanente se cumulent avec celles que l'étudiant assuré pourrait recevoir du responsable de l'accident, d'un autre assureur ou de la Sécurité sociale.

Ce que nous ne garantissons pas

- Les dommages consécutifs à :
 - l'usage, par l'étudiant assuré, de stupéfiants non prescrits médicalement,
 - un état alcoolique, à savoir lorsque le taux d'alcoolémie est punissable d'au moins une contravention de la quatrième classe,
 - au suicide ou à la tentative de suicide de l'étudiant.
- Les activités sportives pratiquées à titre professionnel.
- La pratique des sports aériens.

Défense et recours

Défense amiable ou judiciaire

Ce que nous garantissons

Nous nous engageons à exercer toutes interventions amiables ou judiciaires en vue de vous défendre, à nos frais, en cas d'action mettant en cause une responsabilité assurée et garantie par ce contrat.

Recours amiable ou judiciaire

Ce que nous garantissons

Nous nous engageons à exercer, à nos frais, tout recours amiable ou judiciaire contre un tiers afin d'obtenir la réparation financière, dans le cadre de votre vie privée et de votre vie étudiante, des dommages matériels ou corporels que vous subissez y compris les recours lorsque l'étudiant assuré, non conducteur d'un véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance, est victime d'un dommage corporel causé par l'un de ses véhicules.

Nous ne pouvons exercer votre recours qu'à la condition que le tiers responsable soit une personne identifiée qui n'est pas définie comme une personne assurée.

Le montant du recours doit être supérieur à 450 €.

Ce que nous ne garantissons pas :

- les recours vous opposant à un professionnel avec lequel vous avez contracté si vous subissez un préjudice lié à l'exécution de ce contrat ;
- les biens confiés, loués ou empruntés ;
- les exclusions générales, qui sont applicables à toutes les garanties.

Dispositions communes relatives au remboursement des honoraires pour les garanties Défense et Recours amiable ou judiciaire

Pour ces deux garanties le montant de notre garantie est limité à 15 000 €.

Lorsqu'il est fait appel à un avocat pour vous assister ou vous représenter en justice, vous disposez toujours du libre choix de l'avocat.

À ce titre :

- Vous pouvez saisir directement un avocat de votre connaissance. Dans ce cas, vous devez nous en informer au préalable et nous communiquer ses coordonnées.
 - Vous pouvez également, si vous le souhaitez et en formulez la demande par écrit, choisir l'avocat dont nous pouvons vous proposer les coordonnées.
- Dans tous les cas, vous négociez avec lui le montant de ses frais et honoraires dans le cadre d'une convention d'honoraires et devez nous tenir informés du suivi.

Plafond de remboursement des honoraires et des frais d'avocat

En cas de sinistre garanti, les frais et honoraires d'avocat sont pris en charge dans la limite des montants exprimés dans le tableau ci-après. Ces montants s'imputent sur les plafonds de garantie en vigueur au jour de la déclaration de sinistre.

Les montants indiqués ci-dessous s'entendent TTC et sont calculés sur une TVA de 20 %. Ils comprennent les frais de secrétariat, de déplacements et de photocopies. Ces montants peuvent varier en fonction de la TVA en vigueur au jour de la facturation.

	Montant TTC	
• Assistance à expertise, assistance à mesure d'instruction • Recours précontentieux en matière administrative • Représentation devant une commission administrative,	358 €	Par intervention
• Intervention amiable non aboutie • Intervention amiable aboutie avec protocole d'accord signé par les parties	309 € 526 €	Par affaire ⁽¹⁾
• Médiation ou conciliation ayant abouti et constatée par le	526 €	Par affaire ⁽¹⁾
• Ordonnance, quelle que soit la juridiction, de référé	599 €	Par ordonnance
• Tribunal de police	479 €	Par affaire ⁽¹⁾
• Tribunal de grande instance, Tribunal administratif	1 309 €	Par affaire ⁽¹⁾
• Juge de l'exécution	599 €	Par affaire ⁽¹⁾
• Toutes autres juridictions de première instance	955 €	Par affaire ⁽¹⁾
• Appel en matière pénale	1 069 €	Par affaire ⁽¹⁾
• Appel toutes autres matières	1 430 €	Par affaire ⁽¹⁾
• Cour d'assises • Cour de cassation et Conseil d'Etat	2 376 €	Par affaire ⁽¹⁾ (y inclus les consultations)

(1) par affaire, on entend la saisine d'une juridiction par des parties qui s'opposent sur des mêmes faits, afin que leurs positions soient tranchées et ce, quels que soient les développements procéduraux mis en œuvre devant cette juridiction.

La prise en charge des frais et honoraires d'avocats s'effectue dans la limite des montants TTC figurant au tableau ci-dessus, selon les modalités suivantes :

- soit nous réglons directement l'avocat qui a été saisi sur justificatifs de la procédure engagée, de la décision rendue et sur présentation d'une délégation d'honoraires que vous avez signée ;
- soit, à défaut de cette délégation, vous réglez toutes taxes comprises les frais et honoraires de l'avocat saisi et nous vous remboursons sur présentation de la décision rendue, du protocole signé ou des démarches effectuées d'une part et d'une facture acquittée d'autre part.

Lorsque vous avez avec plusieurs personnes un même litige contre un même adversaire et que vous avez confié à un même avocat la défense de ces intérêts communs, nous vous remboursons au prorata du nombre d'intervenants dans ce litige dans la limite des montants définis ci-dessus.

Quand le litige est porté devant des juridictions étrangères, le montant retenu est celui de la juridiction française équivalente. À défaut, le plafond applicable est celui du niveau de juridiction concerné.

Le règlement des cas de désaccord

En cas de désaccord entre vous et nous sur les mesures à prendre, vous pourrez soumettre cette difficulté à l'appréciation d'un conciliateur. Sa désignation est faite d'un commun accord ou à défaut par le président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile.

Si contre notre avis ou celui du conciliateur, vous engagez une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle proposée par le conciliateur ou par nous, nous prenons en charge les frais et honoraires que vous avez exposés pour cette procédure, dans les limites prévues dans le tableau figurant ci-dessus.

La subrogation

La partie adverse peut être tenue à vous verser des indemnités au titre des dépens ou en application des dispositions de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile ou son équivalent devant les autres juridictions. Le Code des Assurances nous permet alors de récupérer ces sommes dans la limite des frais et honoraires que nous avons engagés dans votre intérêt. Ce principe de récupération de somme s'appelle subrogation. Néanmoins, si vous justifiez de frais restés à votre charge, que vous avez payés dans l'intérêt de la procédure, vous récupérez ces indemnités en priorité.

Les limites territoriales

Notre garantie s'applique aux faits et événements survenus dans les pays énumérés ci-après :

France et Départements d'Outre-mer, Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grande-Bretagne, Grèce, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Saint-Marin, Vatican, Suède et Suisse.

Les exclusions générales

Ce que nous ne garantissons pas :

- Les conséquences de la faute de l'étudiant assuré si elle est intentionnelle (cette exclusion ne s'applique pas aux dommages causés à un tiers par des personnes dont l'étudiant assuré est civilement responsable),
- Les dommages causés lors de la pratique :
 - de la chasse, y compris la destruction d'animaux nuisibles lorsqu'elle relève du champ d'application de la RC chasse,
 - de toute activité sportive exercée dans des associations, clubs, fédérations qui ont assuré leurs adhérents conformément à l'article L.321-1 du Code du sport,
 - de l'activité ne relevant pas de la vie privée ou de la vie étudiante qu'elles soient :
 - exercées ou non à titre temporaire,
 - exercées à titre lucratif ou syndical,
 - liées à une fonction publique ou d'organisation de manifestations ouvertes au public,
- Les dommages résultant :
 - d'obligations contractuelles réalisées à titre onéreux (à l'exclusion du baby-sitting),
 - de toute activité professionnelle, y compris les accidents du travail,
 - de l'accomplissement d'actes médicaux effectués dans le cadre des études de médecine, en tant qu'interne ou remplaçant,
 - de l'organisation et de la participation à toutes épreuves, concours, courses ou compétition, ainsi qu'à toutes épreuves préparatoires nécessitant une autorisation préalable ou soumise à une obligation d'assurance,
 - de l'activité de l'étudiant assuré en qualité de tuteur ou curateur familial,
- Les dommages causés par :
 - l'étudiant assuré aux biens, objets ou animaux lui appartenant,
 - les équidés ou les animaux non domestiques appartenant ou gardés par l'étudiant assuré,
 - les chiens relevant des catégories 1 et 2 au sens de la loi relative aux animaux dangereux (article 211-12 du Code rural),
 - tout voilier de plus de 6 m ou tout bateau à moteur de plus de 6 CV ou tout véhicule nautique à moteur tels que jet ski, jet à bras, scooter et moto des mers,
 - tout véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance automobile dont l'étudiant assuré est propriétaire, gardien ou locataire y compris :
 - les remorques attelées ou non attelées si leur poids est supérieur à 750 kg,
 - les caravanes,
 - tout autre appareil terrestre lorsqu'il est attelé à un véhicule,
 - les appareils de navigation aérienne et engins aériens,
- Les dommages causés aux biens confiés, loués ou empruntés par l'étudiant assuré,
- Les dommages causés dans le cadre des stages d'études lorsqu'ils ont pour origine des actes prohibés par la réglementation en vigueur ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire.

À ces exclusions générales s'ajoutent les exclusions particulières figurant au niveau de chaque garantie.

Indemnisation

Dommmages causés à un tiers

Nous procédons pour le compte du responsable du sinistre au paiement des indemnités dues aux tiers.

Aucune reconnaissance de reponsabilité ou transaction ne doit être réalisée sans notre accord.

Dommmages subis par l'étudiant assuré

Incapacité permanente totale ou partielle

Le taux d'incapacité permanente est :

- déterminé dès que l'état de la victime est consolidé, après examen de notre médecin.

En cas de désaccord sur ses conclusions, vous devez accepter de soumettre le différend à un médecin désigné selon notre choix commun.

En cas de difficulté sur ce choix, la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance ;

- fixé d'après le « Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » Concours médical, édition 2001, de manière définitive sans révision possible et compte tenu des possibilités d'aggravation des séquelles.

Le taux d'incapacité devra être déterminé en France, même si l'accident est survenu hors de ce pays.

Le montant de l'indemnité est égal au capital garanti multiplié par le taux d'incapacité retenu.

Taux d'invalidité retenu	Indemnisation perçue par l'assuré (calcul)
9 %	0 €
11 %	$0,11 \times 20\,000 = 2\,200 \text{ €}$
40 %	$0,40 \times 35\,000 = 14\,000 \text{ €}$
65 %	$0,65 \times 85\,000 = 55\,250 \text{ €}$
85 %	$0,85 \times 200\,000 = 70\,000 \text{ €}$

Pour le montant du capital garanti servant au calcul de l'indemnisation, reportez-vous au tableau page 22

Le montant du capital garanti croît avec l'importance de l'incapacité permanente et est indiqué au tableau des garanties.

La lésion de membres ou d'organes déjà infirmes au moment de l'accident n'est indemnisée que pour la différence entre l'état avant et après cet accident. Il ne doit pas être tenu compte d'un état antérieur d'infirmité pouvant affecter d'autres membres ou organes.

En cas d'incapacités multiples relevant d'un même accident, l'incapacité principale étant évaluée compte tenu des dispositions ci-dessus, les autres incapacités sont estimées successivement d'après la capacité restante, après déduction des précédentes.

L'indemnité est payée dès la date de consolidation, c'est-à-dire le moment à partir duquel l'état de la victime est considéré comme stabilisé, de façon définitive et permanente et qu'il n'est plus possible d'attendre de la poursuite des soins une amélioration.

Décès

En cas de décès, nous versons aux ayants droit de l'étudiant assuré le capital indiqué au tableau page 22.

Si l'accident entraîne, dans les vingt-quatre mois, le décès de l'étudiant assuré et si la victime a déjà bénéficié de l'indemnité pour incapacité permanente, nous versons le capital diminué de cette indemnité.

Frais de traitements médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation

Nous réglons la différence entre le tarif Convention de la Sécurité Sociale en vigueur au moment de l'accident multiplié par le pourcentage indiqué au tableau page 22 et le montant des prestations remboursées à l'étudiant assuré par son régime obligatoire sur la base du tarif Convention de la Sécurité Sociale.

Ces frais sont garantis pendant 300 jours maximum compris dans la période de validité du contrat.

Ce que nous en garantissons pas

- La participation forfaitaire et la franchise pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé prévues à l'article L322-2 du Code de la Sécurité Sociale, appliquée aux personnes majeures au 1^{er} janvier de l'année en cours.

Versement de l'indemnité

Nous nous engageons à verser l'indemnité qui est due dans les trente jours qui suivent l'accord amiable ou une décision judiciaire exécutoire.

Ce délai court à partir du jour où vous avez fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au paiement.

En cas d'opposition, le délai court à partir du jour où cette opposition est levée.

Services d'assistance

Ces services sont délivrés par AXA Assistance France, S.A. au capital de 26 840 000 € RCS Nanterre 311 338 339 dont le siège social est sis 6, rue André Gide 92320 Châtillon, entreprise régie par le Code des assurances

Pour bénéficier de l'ensemble des garanties « Assistance aux personnes » et « Information juridique par téléphone » ci-après énumérées, **il est impératif de contacter, AXA Assistance préalablement à toute intervention**, par téléphone aux numéros suivants :

**de la France : 01 70 95 94 60,
de l'étranger : 00 33 1 70 95 94 60**

afin d'obtenir un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge.

Assistance aux personnes

Comment bénéficier des prestations

- Bénéficient des prestations d'assistance aux personnes, l'étudiant assuré résidant en France métropolitaine ou dans les Départements d'Outre-Mer, son conjoint ou concubin notoire, ses ascendants au premier degré vivant sous le même toit, ses descendants au premier degré à charge au sens fiscal du terme ou vivant sous le même toit, voyageant ensemble.
- Les prestations d'assistance destinées aux personnes sont acquises **à plus de 30 kilomètres** du domicile principal de l'étudiant assuré et pour le monde entier.
- Les séjours et voyages hors France métropolitaine, Départements d'Outre-Mer et Monaco supérieurs à 90 jours consécutifs ne sont pas couverts par la présente garantie d'assistance.

Les prestations

Assistance médicale

Domaine d'intervention

En cas de maladie imprévisible ou d'accident corporel survenant à un bénéficiaire, dès le premier appel, l'équipe médicale d'assistance se met, le cas échéant, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état du malade ou du blessé.

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est à la charge des autorités locales. Les frais correspondants ne sont pas remboursés par AXA Assistance.

Rapatriement sanitaire / transport médical

Lorsque l'équipe médicale d'assistance décide du transport du bénéficiaire vers un autre centre médical mieux équipé ou plus spécialisé ou vers le centre médical le plus proche du domicile en France métropolitaine ou dans les Départements d'Outre-Mer, et si l'état médical du bénéficiaire le permet, AXA Assistance organise et prend en charge l'évacuation selon la gravité du cas par :

- train première classe, couchette ou wagon-lit,
- véhicule sanitaire léger,

- ambulance,
- avion de ligne régulière, classe économique
- avion sanitaire.

Si le contexte médical l'impose, après rapatriement, AXA Assistance organise et prend en charge le transport médicalisé du bénéficiaire en état de quitter le centre médical se trouvant en dehors de son secteur hospitalier jusqu'à son domicile en France métropolitaine ou dans les Départements d'Outre-Mer, et ce par les moyens les plus appropriés selon la décision des médecins d'AXA Assistance. La décision du transport et des moyens à mettre en œuvre est prise par les médecins d'AXA Assistance en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux.

Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable de l'intéressé ou d'un membre de sa famille, exception faite des états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Tout refus de la solution proposée par la direction médicale d'AXA Assistance en collaboration avec les différents médecins concertés entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

En cas de rapatriement ou de transport, AXA Assistance peut demander au bénéficiaire d'utiliser son titre de transport si ce dernier peut être modifié. Dans le cas contraire, et lorsqu'AXA Assistance a pris en charge le retour, le bénéficiaire doit impérativement lui remettre le remboursement du titre de transport non utilisé qu'il devra obtenir dans un délai de deux mois.

Prolongations de séjour

Suite à une hospitalisation et/ou dans l'attente d'un rapatriement, si l'état du bénéficiaire ou si les circonstances l'exigent, AXA Assistance prend en charge les frais de prolongation de séjour à l'hôtel (chambre et petit-déjeuner), à concurrence de 60 € TTC par jour et par bénéficiaire, dans la limite de 458 € TTC, et après accord des médecins d'AXA Assistance.

Intervention d'un médecin sur place

Si l'état du bénéficiaire ou si les circonstances l'exigent, AXA Assistance envoie un médecin ou une équipe médicale afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser.

Remboursement des frais médicaux à l'étranger

En application de la législation en vigueur, ces remboursements de frais n'interviennent qu'en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants-droit) auprès de la Sécurité sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié (mutuelle ou autre). Le remboursement des frais médicaux à l'étranger étant une garantie complémentaire, elle ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire ne relève d'aucun régime de prévoyance.

Le paiement complémentaire de ces frais n'est fait par AXA Assistance au bénéficiaire à son retour en France qu'après recours aux organismes prévus au paragraphe précédent, sur présentation de toutes pièces justificatives originales.

AXA Assistance rembourse au bénéficiaire, sous déduction d'une franchise de 23 € TTC, les frais suivants, à hauteur de 7 623 € TTC (ces dispositions concernent les frais engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie ayant un caractère imprévisible, survenu pendant la durée de validité de l'abonnement ; elles ne concernent pas les frais médicaux engagés pour un traitement prescrit en France avant le départ ou nécessitant un contrôle médical régulier) :

- frais médicaux et d'hospitalisation,
- médicaments prescrits par un médecin ou chirurgien,
- soins dentaires urgents à concurrence de 77 € TTC,
- frais d'ambulance sur place ordonnés par un médecin, trajet local, autres que ceux de premiers secours.

Le montant de la garantie des frais médicaux est porté à 76 225 € TTC pour le bénéficiaire se trouvant dans les pays situés sur les continents Amériques, Asie et Océanie, et jugé intransportable par avion de ligne régulière par l'équipe médicale d'AXA Assistance.

Avance des frais médicaux à l'étranger

Si le bénéficiaire est hospitalisé, AXA Assistance peut procéder à l'avance des frais d'hospitalisation ou à un règlement direct au centre hospitalier à l'étranger dans la limite du montant garanti.

Si AXA Assistance procède à l'avance des frais d'hospitalisation ou à un règlement direct, le bénéficiaire s'engage, dans un délai d'un mois suivant la réception des factures, à effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès de la Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié (mutuelle ou autre) et à reverser à AXA Assistance le montant des sommes recouvrées.

L'avance des frais médicaux à l'étranger relevant d'une garantie complémentaire, lorsque le bénéficiaire ne relève d'aucun régime de prévoyance, il s'engage, dans un délai d'un mois suivant la réception des factures, à rembourser à AXA Assistance la totalité des sommes avancées.

Envoi de médicaments

Lorsque le bénéficiaire est en déplacement hors de France métropolitaine ou Monaco, AXA Assistance recherche en France métropolitaine les médicaments indispensables, prescrits par le médecin traitant habituel, ou leurs équivalents introuvables sur place, et les expédie dans les plus brefs délais sous réserve des disponibilités, des contraintes des législations locales et disponibilité des moyens de transport.

Cette prestation est garantie pour les demandes ponctuelles mais ne peut être garantie dans le cadre de traitements de longue durée qui nécessiteraient des envois réguliers ou d'une demande de vaccins.

Seuls les frais de recherche, de contrôle, d'emballage, d'expédition et de transport sont pris en charge par AXA Assistance. Le coût des médicaments est à la charge du bénéficiaire.

Le bénéficiaire s'engage à rembourser à AXA Assistance le prix de ces médicaments majoré des frais éventuels de dédouanement, dans un délai maximum de trente jours calculé à partir de la date d'expédition.

Remboursement des frais de secours sur piste

En cas d'accident sur une piste de ski, AXA Assistance rembourse au bénéficiaire, sur présentation d'un justificatif original, les frais de secours sur piste du lieu de l'accident jusqu'au centre de soins le plus proche, et ce dans la limite de 305 € TTC.

Toute intervention venant à la suite d'un secours sur piste doit, pour être prise en charge par AXA Assistance, bénéficier de l'accord de ce dernier, exception faite des transferts vers un centre hospitalier effectués alors que le bénéficiaire n'est pas consulté ou en état de contacter AXA Assistance.

Assistance transport

Retour des bénéficiaires accompagnant le rapatrié

Lorsqu'un bénéficiaire est pris en charge par AXA Assistance, dans les conditions définies au chapitre « Rapatriement sanitaire / Transport médical » ou « Rapatriement du corps en cas de décès », AXA Assistance organise et prend en charge le retour par train première classe ou avion classe économique d'un ou des bénéficiaires accompagnant le rapatrié.

En cas de rapatriement ou de transport, AXA Assistance peut demander aux bénéficiaires d'utiliser leur titre de transport si ce dernier peut être modifié. Dans le cas contraire, et lorsqu'AXA Assistance a pris en charge le retour, les bénéficiaires doivent impérativement lui remettre le remboursement du titre de transport non utilisé qu'ils devront obtenir dans un délai de deux mois.

Mise à disposition d'un billet aller-retour pour un proche

Si l'état du malade ou du blessé ne permet ou ne nécessite pas son rapatriement, si l'hospitalisation locale doit être supérieure à dix jours consécutifs, et s'il n'est pas accompagné d'un parent proche (conjoint, père, mère, grands-parents, enfants majeurs), AXA Assistance met à la disposition d'une personne proche du bénéficiaire et résidant en France métropolitaine un billet aller-retour en avion classe économique ou en train première classe, pour se rendre sur place.

AXA Assistance prend également en charge les frais d'hébergement du proche du bénéficiaire pendant dix nuitées maximum, à raison de 60 € TTC (chambre et petit-déjeuner) par nuit pour une seule personne.

AXA Assistance peut prendre en charge, dans les mêmes conditions, ces frais d'hébergement pour un proche voyageant avec le bénéficiaire et restant à son chevet.

La durée de prise en charge de ces frais ne peut en aucun cas être supérieure à la durée d'hospitalisation du bénéficiaire.

En cas de décès du bénéficiaire, AXA Assistance prend en charge un billet aller-retour pour un membre de la famille qui se rendrait sur place pour la reconnaissance du décédé ou son inhumation sur place. Dans ce cas, AXA Assistance prend en charge les frais d'hôtel de cette personne pendant deux nuitées, à raison de 60 € TTC par nuit (chambre et petit-déjeuner). Cette prestation ne peut être mise en œuvre que si le bénéficiaire est seul sur place avant son décès.

AXA Assistance prend en charge les frais de transport et d'hôtel (chambre et petit-déjeuner) à l'exception de tout autre frais.

Rapatriement du corps en cas de décès

En cas de décès du bénéficiaire, AXA Assistance organise et prend en charge le transport de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine ou dans les Départements d'Outre-Mer. AXA Assistance prend également en charge le coût du cercueil, lié au transport organisé par l'assistance, à hauteur de 763 € TTC maximum.

Tous les autres frais, notamment ceux de cérémonie, d'obsèques, d'incinération, d'inhumation et de convois locaux ne sont pas pris en charge. Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est du ressort exclusif d'AXA Assistance.

Retour anticipé en cas de décès d'un parent ou d'hospitalisation supérieure à dix jours

Lorsque le bénéficiaire est en voyage, en cas de décès ou d'hospitalisation supérieure à dix jours de l'une des personnes suivantes : père, mère, beaux-parents, conjoint, concubin, enfant, frère, sœur, grands-parents, petits-enfants, résidant en France métropolitaine, AXA Assistance met à la disposition du bénéficiaire et des enfants mineurs qui l'accompagnent éventuellement, un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train première classe, pour assister aux obsèques, au lieu d'inhumation en France métropolitaine ou lui rendre visite en cas d'hospitalisation. Cette garantie ne s'applique que lorsque l'hospitalisation ou le décès est postérieur à la date de départ du bénéficiaire.

Accompagnement des enfants de moins de 16 ans

Si la (ou les) personne(s) accompagnant les enfants de moins de seize ans se trouve(nt) dans l'impossibilité de s'occuper d'eux par suite de maladie soudaine et imprévisible, d'accident, de décès, AXA Assistance organise et met à la disposition d'une personne résidant en France métropolitaine et désignée par la famille un billet aller-retour en avion classe économique ou en train première classe, pour aller chercher les enfants et les ramener à leur domicile.

Dans le cas où il est impossible de joindre une des personnes mentionnées ci-dessus ou si celles-ci sont dans l'impossibilité d'effectuer le voyage, AXA Assistance envoie une hôtesse pour prendre les

enfants en charge et les ramener à la garde de la personne désignée par le bénéficiaire ou les ayants droit.

Assistance voyage et juridique à l'étranger

Assistance juridique

Si un bénéficiaire est incarcéré ou menacé de l'être à la suite d'un accident de la circulation, AXA Assistance désigne un homme de loi et prend en charge ses honoraires à concurrence de 1 525 € TTC.

Avance de la caution pénale

Si, à la suite d'un accident de la circulation, un bénéficiaire est incarcéré ou menacé de l'être, AXA Assistance fait l'avance de la caution pénale à concurrence de 11 434 €.

AXA Assistance accorde au bénéficiaire, pour le remboursement de cette somme, un délai de trois mois, à compter du jour de l'avance.

Si cette caution est remboursée avant ce délai par les autorités du pays, elle devra aussitôt être restituée à AXA Assistance. Si le bénéficiaire cité devant le tribunal ne se présente pas, AXA Assistance exigera immédiatement le remboursement de la caution qu'elle n'aura pu récupérer du fait de la non-présentation de celui-ci.

Des poursuites pourront être engagées si le remboursement de la caution n'est pas effectué dans le délai prévu.

Avance de fonds

En cas de perte ou de vol d'effets personnels (titres de paiement, documents d'identité, bagages), déclaré aux autorités de police locales, AXA Assistance peut procéder à une avance en devises à concurrence de 763 €, contre un chèque de paiement d'un montant équivalent, pour permettre au bénéficiaire de faire face aux dépenses indispensables.

Assistance retour

En cas de perte ou de vol d'un titre de transport, après déclaration aux autorités locales, AXA Assistance met tout en œuvre pour faire parvenir, sur caution déposée en France métropolitaine, un titre de transport non négociable dont il est fait l'avance.

Si nécessaire et dans la limite de la caution, AXA Assistance effectue directement l'avance des frais d'hôtel à l'étranger.

En cas de perte ou de vol des papiers d'identité nécessaires au retour au domicile, après déclaration aux autorités locales, AXA Assistance met tout en œuvre pour aider le bénéficiaire dans ses démarches.

Exclusions spécifiques à la garantie Services d'assistance

Exclusions générales

Ne sont pas pris en charge

- Les frais de restauration.
- Les frais de carburant, péage, traversée en bateau.
- Les frais de taxis sauf ceux prévus explicitement dans la convention d'assistance.
- Les frais de douane sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable d'AXA Assistance.
- Les frais relatifs à la perte ou au vol de titres de transport, papiers d'identité, papiers divers et bagages.
- Les dommages provoqués intentionnellement par les bénéficiaires.
- Les accidents liés à la participation à des compétitions sportives et à leurs essais.
- Les frais de recherche en mer et en montagne,
- Tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.

Exclusions médicales

Ne donnent pas lieu à l'intervention d'AXA Assistance

- Les affections bénignes traitables sur place.
- Les affections en cours de traitement et les états de convalescence non consolidés.
- Les contrôles et/ou traitements d'une affection qui ont été programmés avant le départ du domicile sur le lieu du séjour.
- Les examens au titre d'un dépistage (prévention, check-up, amniocentèses).
- Les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible, mais dans tous les cas : les grossesses et leurs éventuelles complications après le 6^{ème} mois, les interruptions volontaires de grossesse, les accouchements à terme, les grossesses par procréation médicalement assistée.
- Les affections psychiatriques, les syndromes dépressifs et leurs conséquences.
- Les conséquences de l'usage d'alcool.
- Les conséquences de l'usage de drogue ou de stupéfiants non prescrits médicalement.
- Les tentatives de suicide et leurs complications.

Ne sont pas pris en charge

- Les interventions d'ordre esthétique et les frais de prothèse en général.
- Les frais de cure thermale, séjours en maison de repos, les frais de rééducation.
- Les frais médicaux engagés en France métropolitaine, principautés de Monaco et Andorre.
- Les frais de lunettes ou de lentilles.
- Les frais médicaux inférieurs à 23 €.

Néanmoins, le bénéficiaire peut demander à AXA Assistance d'organiser le rapatriement et les frais engagés sont alors supportés par lui.

Seule, l'équipe médicale d'AXA Assistance peut accepter ou non le rapatriement.

Pour bénéficier des prestations de son régime de prévoyance, le bénéficiaire doit faire le nécessaire avant son départ à l'étranger pour se munir d'un formulaire E 111 ou de tout autre formulaire offrant des garanties similaires. Ces documents sont délivrés par les caisses d'assurance maladie des bénéficiaires.

Exclusions assistance voyage et juridique à l'étranger

Ne sont pas garantis

- Le montant des condamnations et de leurs conséquences.
- Le bénéficiaire s'il était au moment des faits sous l'emprise d'alcool et/ou de stupéfiant selon la législation locale applicable.
- Le bénéficiaire s'il commet un acte répréhensible délibéré.
- Le bénéficiaire s'il saisit un mandataire ou une juridiction sans l'accord d'AXA Assistance, sauf mesures conservatoires justifiées.

Information juridique par téléphone

Vous bénéficiez, **selon les conditions mentionnées ci-après**, de l'assistance des juristes de Juridica, S.A. au capital de 14 627 854,68 € - RCS 572 079 150 Versailles dont le siège social est sis 1, place Victorien Sardou, 78160 Marly le Roi, Entreprise régie par le Code des assurances, société autonome et spécialisée dans l'assurance de protection juridique, mandatée à cet effet par AXA Assistance pour mettre en œuvre cette action et avec qui AXA Assistance vous mettra en contact.

En prévention d'un litige, pour toute question juridique, un juriste vous renseigne par téléphone sur vos droits et obligations du lundi au vendredi de 9 h 30 à 19 h, **sauf jours fériés**.

La question posée doit être liée à votre vie privée et relative au droit français ou au droit monégasque.

Selon les cas, les juristes peuvent avoir à se documenter et à vous rappeler ultérieurement afin de vous communiquer les renseignements nécessaires. **Ces renseignements sont d'ordre documentaire et notre responsabilité ou celle d'AXA Assistance ou celle de Juridica ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'interprétation des informations transmises.**

Relèvent des domaines d'informations juridiques en matière de vie privée les thèmes suivants :

- Biens immobiliers : Relation Locataire Bailleur, propriété immobilière, copropriété, voisinage, bornage, mitoyenneté.
- Consommation
- Assurance
- Automobile
- Travail : litige avec un employeur public ou privé
- Services Publics
- Emplois familiaux
- Justice : Procédure contentieuses
- Retraite
- Famille : mariage, pacs, concubinage, adoption, filiation, divorce
- Succession
- Protection Sociale
- Protection Fiscale
- Administration
- Vie associative.

Vie des garanties

Effet, durée et résiliation des garanties

Quand les garanties prennent-elles effet ?

Sauf exception, la prise d'effet des garanties en inclusion, n'interviendra qu'à compter du 1^{er} octobre de l'année d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par LMDE.

Quand les garanties prennent-elles fin ?

Dans tous les cas, les garanties cessent de produire leurs effets à la date de résiliation ou d'expiration du contrat complémentaire santé LMDE.

Sinistre

Dans quel délai devez-vous nous déclarer le sinistre ?

Vous devez nous déclarer le sinistre dès que vous en avez connaissance et au plus tard dans les cinq jours ouvrés.

Lorsque le sinistre n'est pas déclaré dans les délais prévus nous sommes en droit de vous réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard nous a causé.

Comment et à qui devez-vous déclarer le sinistre ?

- Vous devez déclarer le sinistre, par écrit et de préférence par lettre recommandée, au bureau de notre représentant : SATEC - 24, rue Cambacérès - 75413 Paris Cedex 08 - SAS de Courtage d'Assurances au capital de 30 944 909.25 € indirectement détenu à plus de 10% par AXA France Assurance - RCS Paris 784 395 725 Registre des Intermédiaires d'Assurance n° 07000665 - Site orias : <http://www.orias.fr/>

- Vous devez, à cette occasion, nous préciser :

- la date, les circonstances et les causes connues ou supposées du sinistre ;
- la nature et si possible le montant approximatif des dommages ;
- les noms et adresses des personnes lésées ;
- les références de votre contrat et l'existence éventuelle d'autres contrats couvrant le même risque ;
- les noms et adresses de l'auteur du sinistre ainsi que ceux des victimes ou des témoins.

Par la suite, vous devrez nous transmettre tous documents nécessaires à l'expertise ou concernant le sinistre (lettre, convocation, assignation) dès que vous les recevez.

- Vous devez en plus dans le cadre de la garantie individuelle :

- nous transmettre le certificat du médecin appelé à donner les premiers soins ;
- nous fournir toutes les pièces justificatives des frais de traitement ou d'hospitalisation.

Si vous ne respectez pas les obligations prévues ci-avant, nous pouvons vous réclamer une indemnité correspondant au préjudice que nous avons subi.

Si de mauvaise foi, vous faites de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, ou employer sciemment comme justifications des moyens frauduleux ou des documents mensongers, vous êtes entièrement déchu de tout droit à garantie pour ce sinistre.

Direction de l'action en responsabilité

Vous ne devez accepter aucune reconnaissance de responsabilité, ni transiger sans notre accord.

En cas d'action en responsabilité dirigée contre vous

- Devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, nous seuls avons la direction de la procédure et la faculté d'exercer les voies de recours dans la limite de notre garantie. Toutefois, lorsque cette dernière est dépassée vous avez la faculté de vous associer à notre action.
- Devant les juridictions pénales, nous vous proposons les services d'un avocat pour assumer votre défense. Mais vous êtes libre de refuser et d'organiser vous-même votre défense.
S'il y a constitution de partie civile, la direction du procès nous incombe. Dans ce cas, un seul défenseur est souhaitable mais rien ne s'oppose à ce que vous désigniez à vos frais un avocat qui s'associe à la défense.

Prise en charge des frais de procès

Nous prenons en charge les frais de procès et les autres frais de règlement.

Toutefois, lorsque les dommages-intérêts auxquels vous êtes condamné sont d'un montant supérieur à celui de la garantie, chacun de nous supporte ces frais dans la proportion de l'indemnité à sa charge.

Dispositions spéciales

Si à la suite d'un manquement à vos obligations, postérieurement au sinistre, vous perdez tout droit à indemnité, nous indemnisons les personnes envers lesquelles vous êtes responsables.

Toutefois, nous conservons la possibilité d'agir en remboursement des sommes ainsi payées à votre place.

Subrogation

Nous nous substituons à vous, à concurrence de l'indemnité payée, dans l'exercice de vos droits et actions à l'encontre de tout tiers responsable des dommages.

Si par votre fait ces droits et actions ne peuvent plus être exercés, notre garantie cesse de vous être acquise pour la partie non récupérable.

Cependant, nous ne pouvons exercer aucun recours contre vos enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe et généralement toutes personnes vivant habituellement chez vous, sauf cas de malveillance commise par l'une de ces personnes.

Prescription

Conformément aux dispositions prévues par l'article L114-1 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.

3. 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 ayant droit de l'assuré décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des Assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

Elle est également interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- par 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 ;
 - l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, 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.

En cas de réclamation

Sans préjudice du droit pour vous d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur privilégié ou votre service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel :

Si le contrat comporte **des garanties de Protection Juridique** au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante : AXA Protection Juridique – Service Réclamation – 1 place Victorien Sardou – 78166 Marly le Roi Cedex.

Si le contrat comporte **des garanties d'assistance** au Service Gestion Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante : AXA Assistance – Service Gestion Relation Clientèle – 6 rue André Gide – 92320 Châtillon.

Pour les autres garanties à la Direction Relations Clientèle à l'adresse suivante : AXA France – Direction Relations Clientèle DAA – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin : un accusé réception vous sera adressé sous 8 jours et une réponse vous sera alors adressée dans un délai 40 jours (sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire).

Si 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 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent. »

Limites de garanties et franchise

Garantie Responsabilité civile de l'étudiant en cas de dommages causés aux tiers ⁽¹⁾	
Dommages corporels	20 000 000 €
Dommages matériels et immatériels consécutifs	500 000 € dont 100 000 pour les dommages immatériels 100 000 € pour les dommages matériels et immatériels consécutifs causés aux biens confiés lors de stages d'études rémunérés ou non
Franchise	150 € par sinistre en cas de dommages matériels et immatériels consécutifs
Garantie des dommages corporels causés à l'étudiant	
Frais médicaux	100 % du tarif de convention de la Sécurité Sociale
Incapacité permanente (le taux d'invalidité s'applique sur ces montants) ⁽²⁾	
– jusqu'à 9 %	néant
– de 10 % à 29 %	10 000 €
– de 30 % à 59 %	17 500 €
– de 60 % à 79 %	42 500 €
– de 80 % à 100 %	100 000 €
Décès	4 000 €
Défense et recours	
Défense et recours	15 000 €

(1) Dans tous les cas, la garantie Responsabilité civile est limitée à 20 000 000 € tous dommages confondus, sauf lorsque le présent tableau indique un plafond de garantie inférieur.

(2) Le montant de l'indemnité est égal au capital garanti multiplié par le taux d'incapacité retenu, reportez-vous page 10 pour un exemple de calcul.

Lexique

Accident

Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, à la condition qu'elle ne soit pas provoquée intentionnellement par l'assuré.

Assuré ou Vous

L'étudiant résidant en France Métropolitaine ou dans les Départements d'Outre-Mer adhérent aux garanties complémentaire santé de LMDE qui est nommément désigné sur l'attestation remise par La Mutuelle des Etudiants, et lui seul.

Assureur ou Nous

AXA France IARD, Société Anonyme régie par le Code des Assurances, au capital de 214 799 030 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 722 057 460, AXA Assurances IARD Mutuelle, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers – Siren 775699309 – Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'arche 93727 Nanterre Cedex, entreprises régies par le Code des Assurances.

Collatéraux

Personnes issues d'un auteur commun mais sans lien de descendance directe (frère, sœur, oncle, tante, neveu, cousin ...).

Contrat

Le contrat collectif passé entre l'Assureur et LMDE pour le compte des adhérents à LMDE.

Dommages corporels

Toute atteinte à l'intégrité physique des personnes.

Dommages immatériels

Tout préjudice consécutif à un dommage corporel ou matériel garanti.

Dommages matériels

Toute détérioration d'un bien, toute atteinte physique à un animal.

Incapacité permanente

Réduction permanente des capacités physiques ou mentales de l'étudiant assuré.

Tiers

Toute personne autre que :

- l'assuré et son conjoint,
- leurs ascendants, descendants et leur conjoint
- leurs collatéraux et leur conjoint pour les seuls dommages matériels qu'ils peuvent subir
- l'entourage de l'assuré à savoir toutes les personnes vivant en permanence au foyer de l'assuré
- les personnes dont l'assuré ou son conjoint a la tutelle ou la curatelle.

Annexe

Fiche relative au fonctionnement des garanties « Responsabilité civile » dans le temps

Annexe de l'article A. 112 du Code des Assurances.

Avertissement

La présente fiche d'information vous est délivrée en application de l'article L112-2 du Code des Assurances.

Elle a pour objet d'apporter les informations nécessaires à une bonne compréhension du fonctionnement de la garantie de Responsabilité civile dans le temps.

Elle concerne les contrats souscrits ou reconduits postérieurement à l'entrée en vigueur le 3 novembre 2003 de l'article 80 de la loi n° 2003-706. Les contrats souscrits antérieurement font l'objet de dispositions particulières précisées dans la même loi.

En comprendre les termes

Fait dommageable

Fait, acte ou événement à l'origine des dommages subis par la victime et faisant l'objet d'une réclamation.

Réclamation

Mise en cause de votre responsabilité, soit par lettre adressée à l'assuré ou à l'assureur, soit par assignation devant un tribunal civil ou administratif. Un même sinistre peut faire l'objet de plusieurs réclamations, soit d'une même victime, soit de plusieurs victimes.

Période de validité de la garantie

Période comprise entre la date de prise d'effet de la garantie et, après d'éventuelles reconductions, sa date de résiliation ou d'expiration.

Période subséquente

Période se situant après la date de résiliation ou d'expiration de la garantie. Sa durée est précisée par le contrat. Elle ne peut être inférieure à 5 ans.

Si votre contrat garantit exclusivement votre responsabilité civile vie privée, reportez-vous au I ci-après. Sinon, reportez-vous I et au II ci-après.

I – Le contrat garantit votre Responsabilité Civile Vie Privée

En dehors de toute activité professionnelle, la garantie est déclenchée par le fait dommageable.

L'assureur apporte sa garantie lorsqu'une réclamation consécutive à des dommages causés à autrui est formulée et que votre responsabilité ou celle des autres personnes garanties par le contrat est engagée, dès lors que le fait à l'origine de ces dommages est survenu entre la date de prise d'effet et la date de résiliation ou d'expiration de la garantie.

La déclaration de sinistre doit être adressée à l'assureur dont la garantie est ou était en cours de

validité au moment où le fait dommageable s'est produit.

II – Le contrat garantit la Responsabilité Civile du fait d'une Activité Professionnelle

Le contrat d'assurance doit préciser si la garantie est déclenchée par le « fait dommageable » ou si elle l'est par « la réclamation ». Lorsque le contrat contient à la fois des garanties couvrant votre responsabilité civile du fait d'activité professionnelle et des garanties couvrant votre responsabilité civile « Vie Privée », ces dernières sont déclenchées par le fait dommageable (cf. I). Certains contrats, pour lesquels la loi prévoit des dispositions particulières dérogent cependant à cette disposition ; c'est le cas par exemple en matière d'assurance décennale obligatoire des activités de construction.

1 - Comment fonctionne le mode de déclenchement « par le fait dommageable » ?

L'assureur apporte sa garantie lorsqu'une réclamation consécutive à des dommages causés à autrui est formulée et que votre responsabilité ou celle des autres personnes garanties par le contrat est engagée, dès lors que le fait à l'origine de ces dommages est survenu entre la date de prise d'effet et la date de résiliation ou d'expiration de la garantie.

La déclaration de sinistre doit être adressée à l'assureur dont la garantie est ou était en cours de validité au moment où le fait dommageable s'est produit.

2 - Comment fonctionne le mode de déclenchement « par la réclamation » ?

Quel que soit le cas, la garantie de l'assureur n'est pas due si l'assuré avait connaissance du fait dommageable au jour de la souscription de celle-ci.

2.1 Premier cas : la réclamation du tiers est adressée à l'assuré ou à l'assureur pendant la période de validité de la garantie souscrite.

L'assureur apporte sa garantie, même si le fait à l'origine du sinistre s'est produit avant la souscription de la garantie.

2.2 Second cas : la réclamation est adressée à l'assuré ou à l'assureur pendant la période subséquente.

Cas 2.2.1 : l'assuré n'a pas souscrit de nouvelle garantie de responsabilité déclenchée par la réclamation couvrant le même risque. L'assureur apporte sa garantie.

Cas 2.2.2 : l'assuré a souscrit une nouvelle garantie de responsabilité déclenchée par la réclamation auprès d'un nouvel assureur couvrant le même risque.
C'est la nouvelle garantie qui est mise en œuvre, sauf si l'assuré avait connaissance du fait dommageable au jour de la souscription de celle-ci, auquel cas, c'est la garantie précédente qui intervient.

Aussi, dès lors qu'il n'y a pas d'interruption entre deux garanties successives et que la réclamation est adressée à l'assuré ou à son assureur avant l'expiration du délai subséquent de la garantie initiale, l'un des deux assureurs est nécessairement compétent et prend en charge la réclamation.

Lorsque la garantie initiale est déclenchée pendant la période subséquente, le plafond de l'indemnisation ne peut être inférieur à celui de la garantie déclenchée pendant l'année précédant la date de sa résiliation ou de son expiration.

ANNEXE 21 : NOTICE D'INFORMATION DU SERVICE« TELECONSULTATION MEDICALE »

Cette notice d'information est établie conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances. Elle définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Ces garanties ont été définies au titre du contrat collectif (ci-après « le contrat ») passé conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité, entre AXA France Vie, Société anonyme régie par le Code des Assurances au capital de 487 725 073,50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 310 499 959, dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre, Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution, 61 Rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, et LA MUTUELLE DES ÉTUDIANTS (ci-après LMDE), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, SIREN 431 791 672, dont le siège social est sis 32 Rue Blanche, 75009 Paris, pour le compte de ses membres ayant adhéré aux formules de garanties suivantes : « MINI LMDE » ou « VITALITE LMDE » ou « ESSENTIELLE LMDE » ou « ZEN LMDE » ou « ESSENTIELLE LMDE Régime Local » ou « ZEN LMDE Régime local », ou « Pack LMDE Europe » ou « Pack LMDE Monde » ou « Etud'Expat Europe » ou « Etud'Expat Monde », « FOREIGN STUDENT HEALTHCARE » et qui sont nommément désignés sur la carte de tiers payant remise par LMDE.

Préambule – cadre juridique de la Téléconsultation

Le service de Téléconsultation Médicale est un service de télémedecine organisé conformément au décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine par AXA Assistance dans le cadre d'un contrat conclu avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France.

Ce service a pour objet de permettre à un Bénéficiaire en tant qu'assuré d'un organisme d'assurance partenaire d'AXA Assistance de recevoir gratuitement des consultations à distance par des professionnels médicaux salariés d'AXA Assistance, l'ensemble des frais correspondant étant directement pris en charge par l'organisme d'assurance du Bénéficiaire au titre de ses garanties frais de santé dans le cadre d'un accord de prise en charge conclu avec AXA Assistance.

Article 1. Définitions

- Bénéficiaire[s] : désigne un patient bénéficiant de la prise en charge du service de Téléconsultation médicale au titre de son contrat frais de santé.
- Equipe médicale : structure d'assistance médicale qu'AXA Assistance met à disposition et adapte à chaque cas particulier.
- Equipe de médecins : Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salariés d'AXA Assistance
- Médecin : Médecin généraliste
- Téléconsultation : consultation médicale par téléphone.

Article 2. Objet

La présente annexe a pour objet de définir les conditions générales d'utilisation auxquelles ont pour objet de définir les conditions et modalités d'utilisation du service de Téléconsultation médicale. L'utilisation de ce service par le Bénéficiaire vaut acceptation par ce dernier des présentes Conditions Générales d'Utilisation du service de Téléconsultation Médicale fourni par AXA Assistance.

Article 3 : Description et modalité d'utilisation du service par les Bénéficiaires

L'utilisation du service de Téléconsultation Médicale est réservée exclusivement aux Bénéficiaires d'une garantie frais de soins en vigueur comprenant la prise en charge du service de Téléconsultation Médical d'AXA Assistance et assuré par un organisme ayant conclu un accord de prise en charge en vigueur avec AXA Assistance.

Le service de Téléconsultation Médical est accessible par le biais de la plate-forme téléphonique d'AXA Assistance composée d'Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE) et de Médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Pour bénéficier de ce service le Bénéficiaire doit contacter le numéro suivant : 01 55 92 25 45.

Plateforme disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Les services fournis sont de trois types :

- Téléconsultation
- Information générale sur la santé
- Orientation

Téléconsultation

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant et en dehors de toute urgence, le Bénéficiaire peut contacter les services d'AXA Assistance, afin de bénéficier du service de Téléconsultation.

Un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) réceptionnera son appel. Après l'avoir informé des modalités de fourniture du service de Téléconsultation et avoir recueilli son consentement, l'IDE enregistrera sa demande et le mettra en relation avec un Médecin d'AXA Assistance qui procédera à la Téléconsultation.

A l'issue de la Téléconsultation, le Médecin d'AXA Assistance lui apportera une réponse médicale adaptée à sa situation pathologique. Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

- Conseil
- Orientation vers votre médecin traitant
- Orientation vers un des seuls spécialistes suivants, dans le respect du parcours de soins :
 - un gynécologue,
 - un ophtalmologue
 - un psychiatre ou un neuropsychiatre si l'assuré a entre 16 et 25 ans ;
 - un stomatologue,
- Prescription écrite médicamenteuse
- Prescription écrite d'examens complémentaires.

Le Médecin d'AXA Assistance est seul décisionnaire de la suite à donner à l'issue de la Téléconsultation.

Dans le cas où L'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, le Bénéficiaire sera réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

Suite à la Téléconsultation et avec l'autorisation du Bénéficiaire, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant, si le Médecin d'AXA Assistance estime qu'il y a un intérêt médical à cette transmission.

Attention : Dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic. Le cas échéant, le médecin d'AXA Assistance réorientera le Bénéficiaire vers son médecin traitant.

Lorsqu'il s'agit d'une Téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle du Bénéficiaire, l'appel doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

Cette garantie est limitée, à 12 téléconsultations par Bénéficiaire et par an.

Information

L'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut communiquer aux Bénéficiaires des informations, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Elle donne tout renseignement d'ordre général non personnalisé.

Dans cette hypothèse l'intervention de l'Equipe Médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet de ce service d'information n'est en aucun cas de favoriser une automédication.

Orientation

L'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut aider un Bénéficiaire à exercer son libre choix en matière médicale en lui conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

Article 4 : Exclusions

- **Sont exclus de la Téléconsultation :**
- **les Téléconsultations lorsque l'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifie une urgence médicale**
- **les demandes de Téléconsultations avec un médecin autre qu'un Médecin généraliste**
- **les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques**

- les prescriptions d'arrêt de travail
- les certificats médicaux



Article 5 : Responsabilité

Responsabilité d'AXA Assistance :

Les obligations souscrites par AXA Assistance pour la mise en œuvre de la Téléconsultation aux termes des présentes sont constitutives d'obligations de moyens.

Dans ce cadre, AXA Assistance ne saurait notamment être tenue pour responsable des interruptions de service et/ou de dommages résultants :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques.
- de modifications de la situation de l'Assuré et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation,
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

Responsabilité du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est responsable de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés lors de la Téléconsultation pour permettre à AXA Assistance d'assurer dans de bonnes conditions ses engagements.

Article 6 : Informatiques et Libertés

Conformément à l'article 32 de la loi 78-17 du 6 Janvier 1978, AXA Assistance informe chaque Bénéficiaire en sa qualité de responsable de traitement que :

- les réponses aux questions qui lui sont posées lors de son appel par leur Equipe Médicale, après obtention de son accord pour la collecte de ses données de santé, sont nécessaires au traitement de son dossier.
- la finalité du traitement est la Téléconsultation.
- les destinataires des données le concernant sont les Médecins et IDE d'AXA Assistance, les pharmacies, et avec son accord le médecin traitant et l'hébergeur de données de santé agréé.

Il dispose, conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression aux informations le concernant.

Il peut s'adresser par courrier à :

AXA Assistance France
Service Juridique
6 rue André Gide – 92320 Châtillon

Article 7 : Réclamation et Différends

Traitement des réclamations

AXA Assistance veille à offrir un service de qualité. Si, après avoir contacté AXA Assistance par téléphone, une incompréhension subsiste, l'assuré peut écrire à la Direction Médicale d'AXA Assistance sous pli confidentiel au 6 rue André Gide – 92320 Châtillon. Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse lui sera alors adressée dans les délais suivants :

- Dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse est elle-même apportée dans ce délai ;
- Deux (2) mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse au Bénéficiaire.

Différends

Tous les litiges auxquels la présente annexe pourrait donner lieu, concernant tant sa validité, son interprétation, son exécution, ses conséquences et leurs suites seront soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun.

Toute notification écrite ou envoi au titre du service de téléconsultation médicale doit être fait à l'adresse suivante : AXA Assistance France - Téléconsultation Médicale - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon

ANNEXE 22 : RESEAU DE SOINS ITELIS

Réseau de Soins ITELIS,
Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 € dont le siège social est situé au 218 avenue Jean Jaurès, 75019 Paris, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 440 358 471, mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°10058758.

Annexe 1 au contrat 2016 181 001 :

« Convention de services »

La présente convention a pour objet de définir, pour l'ensemble des services, les caractéristiques des prestations accordées dans les garanties ZEN LMDE, ESSENTIELLE LMDE et FOREIGN STUDENT HEALTHCARE les limites d'intervention et les exclusions, ainsi que les modalités de mise en œuvre.

1 – GENERALITES

BENEFICIAIRES DES SERVICES

Les bénéficiaires des prestations de services d'Itelis « les Bénéficiaires » sont les personnes physiques (les assurés principaux) affiliées à un régime complémentaire santé ainsi que les membres de leur famille qui bénéficient des prestations du dit régime (les ayant-droits).

Ils sont désignés dans le fichier des bénéficiaires décrit dans l'annexe 2 du contrat cadre 2016 181 001 et ses avenants.

A chaque intervention, une vérification en termes d'éligibilité sera effectuée auprès de l'organisme gestionnaire du contrat.

COUVERTURE GEOGRAPHIQUE

France métropolitaine et tout ou partie des DOM

CADRE JURIDIQUE

Les services mis à disposition sont gérés par Itelis, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance, immatriculée 440358471 au RCS Paris, dont le siège social se situe 218 avenue Jean Jaurès - 75019 Paris, mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°10058758.

CNIL

Les informations recueillies par Itelis sont strictement confidentielles et ne peuvent faire l'objet d'aucune utilisation par des tiers. Le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification éventuelle conformément à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978 (Informatique et Libertés) modifiée par la loi du 6 août 2004, par courrier auprès de la société Itelis.

2 – LIMITES D'INTERVENTION - RESPONSABILITES

Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie (confidentialité et respect du secret de la profession).

L'usage qui est fait des avis fournis par Itelis est sous l'entière responsabilité du Bénéficiaire.

Itelis n'est en aucun cas responsable des conséquences médicales concernant les actes réalisés par les professionnels de santé affiliés à son réseau.

3 – DESCRIPTION DES SERVICES ACCORDES

Itelis met à la disposition des bénéficiaires la compétence de conseillers santé et d'experts (chirurgiens-dentistes, opticiens, audioprothésistes), afin de les aider à mieux analyser l'offre qui leur est faite pour **la réalisation de prothèses dentaires y compris pour les interventions d'implantologie, pour l'achat de prothèses auditives, d'équipements optiques ou de chirurgie réfractive.**

Il est convenu entre les parties que pour la campagne 2016/2017, le présent Contrat ne portera que sur la garantie ZEN LMDE 2016/2017 et sur les services optiques proposés par Itelis.

3.1 - INFORMATIONS A CARACTERE GENERAL

Itelis communique des informations, à caractère général, dans les domaines Optique, Dentaire, Audioprothèse, de l'Implantologie et de la Chirurgie Réfractive.

Cette mission d'information s'inscrit dans une démarche de prévention dans les domaines Optique, Dentaire, Audioprothèse, de l'Implantologie et de la Chirurgie Réfractive conformément aux besoins des bénéficiaires.

Ces informations sont uniquement téléphoniques et ne peuvent se substituer aux praticiens habituels tels que les ORL, chirurgiens-dentistes, les ophtalmologues. En aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite et ne pourront donner lieu à une quelconque prescription.

3.2 – ANALYSE DES DEVIS

La mission du service consiste à analyser dans les domaines Dentaire, Optique, Audioprothèse à la demande des bénéficiaires, des devis préalablement complétés par les praticiens (en dehors des réseaux de professionnels de santé partenaires d'Itelis) ou des factures afin d'évaluer de manière objective :

- la conformité technique des actes ou équipements par rapport à la prescription médicale (par exemple l'adéquation entre le type de verre et l'âge du bénéficiaire)
- la cohérence des prix demandés au regard de la moyenne des prix pratiqués, à partir de bases de données tarifaires et selon les caractéristiques techniques de la prestation.

L'objectif est de s'assurer de la bonne conformité technique des actes / équipements, de réduire dans la mesure du possible le reste à charge du bénéficiaire et/ou le montant de la participation de l'assureur en donnant au bénéficiaire les éléments qui vont lui permettre de discuter avec son praticien. Il s'agit d'améliorer le niveau d'information du bénéficiaire par une information spécialisée, personnalisée et pratique. Itelis mettra à la disposition du back-office de l'assureur les informations issues de l'analyse réalisée sur le tarif et l'équipement proposé par le praticien. Le back-office de l'assureur met à disposition l'information auprès de l'assuré par les moyens de son choix.

A la demande des bénéficiaires, les experts d'Itelis pourront également intervenir le cas échéant auprès des professionnels de santé afin de s'accorder sur les tarifs de la prestation par téléphone.

Dans ce cadre, Itelis est amenée à faire réaliser par le délégataire de gestion une simulation de remboursement du régime obligatoire et de la complémentaire santé en se fondant sur les formules de garanties contractuelles.

3.3 - ACCES AU RESEAU DE PROFESSIONNELS DE SANTE

Le Bénéficiaire dispose d'un accès à un réseau de professionnels de santé partenaires dans les domaines Optique, Dentaire, Audioprothèse, de l'Implantologie et de la Chirurgie Réfractive.

Le bénéficiaire dispose, sur demande auprès de son centre de gestion, des coordonnées de Chirurgiens-Dentistes, d'Audioprothésistes, d'Opticiens, d'Implantologues et d'ophtalmologistes

pratiquant la Chirurgie Réfractive d'au moins 3 professionnels de santé à proximité du lieu choisi par le bénéficiaire. Les coordonnées sont accessibles aux assurés à partir d'un outil de géolocalisation dont le lien est référencé sur le site web du délégataire de gestion. Ils pourront aussi accéder aux coordonnées des Opticiens, Chirurgiens-Dentistes, d'Audioprothésistes, d'Implantologues et d'Ophtalmologistes pratiquant la Chirurgie Réfractive par l'intermédiaire d'une application pour mobile (Applitelis®).

Le bénéficiaire bénéficie des engagements suivants :

Auprès des opticiens partenaires

- un choix de professionnels important (magasins sous enseigne et indépendants),
- des tarifs négociés et préférentiels sur certains équipements d'optique,
- un devis clairement défini et chiffré,
- un large choix de montures de toutes matières et de toutes formes, des verres aux normes CE provenant des meilleurs fabricants,
- la garantie d'adaptation des verres progressifs en cas d'inconfort (Si prévu par l'offre commerciale du magasin)
- le contrat lentilles avec garantie d'adaptation,
- la garantie casse pendant deux ans, sans franchise (limité à une fois pour chaque pièce de l'équipement pendant 2 ans),
- l'accueil, les conseils et les compétences techniques de professionnels diplômés d'Etat,
- les opérations gratuites d'entretien courant,
- le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat.

Auprès des chirurgiens-dentistes partenaires

- un réseau de professionnels sur toute la France,
- des tarifs négociés sur une grille de prestations définies,
- un devis clairement défini et chiffré,
- une qualité d'accueil, d'écoute et de conseils, notamment en matière de prévention bucco-dentaire,
- un confort maximum lors des séances de soins, ainsi que le respect des règles d'hygiène et de sécurité,
- le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat.

Auprès des audioprothésistes partenaires

- un réseau d'audioprothésistes sur toute la France,
- des tarifs négociés sur une grille de prestations définies (ou avec des remises),
- des tarifs préférentiels sur le petit équipement,
- le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat.

Auprès des chirurgiens-dentistes spécialisés en implantologie partenaires

- un réseau sélectif de cabinets spécialisés,
- des tarifs négociés pour un acte complet (implant, pilier, couronnes).

Auprès des centres d'ophtalmologie spécialisés en chirurgie réfractive partenaires

- engagement de qualité en relation avec le type de chirurgie (plateaux techniques adaptés, chirurgiens expérimentés, accueil personnalisé),
- des tarifs négociés sur les techniques les plus utilisées,
- un réseau sélectif de centres spécialisés.

3.4 – TRAITEMENT DES DEVIS ET DISPENSES D'AVANCE DE FRAIS DANS LE

RESEAU Itelis

A – En Optique

Itelis gère les demandes de dispense d'avance de frais, ou le cas échéant une demande de simulation de remboursement sur devis, pour les actes réalisés par des professionnels de santé partenaires (cf. point 3.3). La prestation consiste, à partir d'une demande dématérialisée (optique) remplie par le professionnel de santé, à vérifier la conformité de l'acte par rapport à la prescription médicale et à contrôler le respect des obligations conventionnelles du professionnel de santé.

Le Délégué de gestion identifie les droits, les garanties d'assurance du bénéficiaire, fournit à Itelis le niveau de remboursement obligatoire et complémentaire (ainsi que le reste à charge) et réserve, le cas échéant, les fonds correspondants dans son outil de gestion.

En fonction de ces éléments, Itelis établit une prise en charge ou une simulation de remboursement et la communique au professionnel de santé.

La facturation est adressée informatiquement à LMDE pour règlement à l'opticien.

Les informations sont véhiculées dans le cadre d'échanges de flux informatisés définis entre Itelis et LMDE.

B – En Dentaire

Le professionnel de santé partenaire Itelis adresse une demande d'avance de frais ou de devis accompagnée de la copie de la carte de Tiers Payant du bénéficiaire à Itelis qui en contrôle la conformité par rapport au protocole de partenariat signé avec celui-ci.

Itelis soumet une demande conforme à LMDE qui :

- Contrôle les droits du bénéficiaire
- Valorise la demande en indiquant le montant de prise en charge du régime complémentaire et le cas échéant le reste à charge de l'assuré
- Au final un accord ou un refus motivé est adressé à Itelis

La facturation est adressée à LMDE pour règlement du professionnel de santé Partenaire Itelis par celui-ci.

Itelis émet un accord ou un refus d'avance de frais au demandeur. Les informations sont véhiculées dans le cadre d'échanges par flux informatisés définis entre Itelis, et LMDE.

C – En Audioprothèse

Le professionnel de santé partenaire Itelis adresse une demande d'avance de frais ou de devis à Itelis qui en contrôle la conformité par rapport au protocole de partenariat signé avec celui-ci.

Itelis soumet une demande conforme à LMDE qui :

- Contrôle les droits du bénéficiaire
- Valorise la demande en indiquant le montant de prise en charge du régime complémentaire et le cas échéant le reste à charge de l'assuré
- Au final un accord ou un refus motivé est adressé à Itelis

Itelis émet un accord ou un refus d'avance de frais au demandeur. Les informations sont véhiculées dans le cadre d'échanges par mail entre Itelis et LMDE.

La facturation est adressée à LMDE pour règlement du professionnel de santé Partenaire Itelis par celui-ci.

4 – ENGAGEMENT

Ce service garantit le respect des intérêts des Bénéficiaires. Les conseillers santé Itelis sont encadrés par des experts (chirurgiens-dentistes, opticiens, audioprothésistes diplômés).

Toutefois, il faut noter que ce service ne fait pas de consultation médicale par téléphone et son rôle

n'est pas de remettre en cause les choix thérapeutiques des praticiens, mais d'éclairer le Bénéficiaire.

Ce service respecte le choix final du Bénéficiaire, il n'a qu'un rôle consultatif.

A réception du dossier complet du Bénéficiaire (simple devis ou prise en charge), le service réalise l'étude dans un délai de :

- 2 jours ouvrés dans le cadre du réseau Optique (prise en charge / calcul du reste à charge), pour les dossiers n'ayant pas donné lieu à un traitement en temps réel (Taux d'automatisation minimum requis de 98% des dossiers).
- 5 jours ouvrés dans le cadre du réseau Audioprothèse (prise en charge / calcul du reste à charge) pour les dossiers n'ayant pas donné lieu à un traitement en temps réel via la connexion automatisée.
- 5 jours ouvrés dans le cadre du réseau Dentaire, (prise en charge / calcul du reste à charge) pour les dossiers n'ayant pas donné lieu à un traitement en temps réel via la connexion automatisée.
- 5 jours ouvrés dans le cadre du réseau Implantologie (prise en charge / calcul du reste à charge) pour les dossiers n'ayant pas donné lieu à un traitement en temps réel via la connexion automatisée.
- 5 jours ouvrés dans le cadre du réseau Chirurgie réfractive (prise en charge / calcul du reste à charge)
- 5 jours ouvrés concernant les analyses discrétionnaires de devis hors réseau Optique, Audioprothèse (Professionnels de santé non partenaires Itelis) à la réception du devis normalisé ne demandant pas d'intervention d'expert Itelis. Ces délais pourront être réduits en cas d'interfaçage entre le système informatique d'Itelis et celui de LMDE via le service d'évaluation et de contrôle automatique en optique.

Ces délais pourront être réduits en cas d'interfaçage entre le système informatique d'Itelis et celui du délégataire de gestion.

5 – MODALITES D'ACCES

L'accueil du service est assuré du lundi au vendredi de 9h à 19h à destination des équipes de gestion de LMDE.

ANNEXE 23 : IMA ASSISTANCE A DOMICILE

ANNEXE 1

au contrat d'assurance du 01 septembre 2011 pour l'assistance à domicile
entre IMA ASSURANCES et LA MUTUELLE DES ETUDIANTS

CONVENTION d'ASSISTANCE à DOMICILE

NIVEAU 1

«HOSPI LMDE », «MINI LMDE », «VITALITE LMDE »,
«ESSENTIELLE LMDE », «ESSENTIELLE LMDE- Régime Local » **Alsace-Moselle**,
« FOREIGN STUDENT HEALTHCARE »

20170529-002084

Les garanties d'assistance sont assurées par **IMA ASSURANCES**, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - 79000- Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

DEFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

◆ **ADHERENT**

Souscripteur d'un contrat d'assurance « HOSPI LMDE », « MINI LMDE », « VITALITE LMDE », « ESSENTIELLE LMDE », « ESSENTIELLE LMDE Régime Local Alsace-Moselle » auprès de LA MUTUELLE DES ETUDIANTS.

◆ **BENEFICIAIRES des GARANTIES D'ASSISTANCE**

L'adhérent à LA MUTUELLE DES ETUDIANTS, ainsi que ses ayants droit

◆ **DOMICILE**

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

◆ **FRANCE**

France métropolitaine et par assimilation, la principauté de Monaco, Andorre ainsi que les DROM (Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane).

◆ **ACCIDENT CORPOREL**

Evénement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

◆ **MALADIE**

Altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

◆ **HOSPITALISATION**

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

◆ **HOSPITALISATION IMPREVUE**

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

◆ **CENTRE DE CONVALESCENCE**

Les centres de convalescence sont des structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

1. VIE DU CONTRAT

1.1 DUREE des GARANTIES

La période de validité du contrat « HOSPI LMDE », « MINI LMDE », « VITALITE LMDE », « ESSENTIELLE LMDE », « ESSENTIELLE LMDE Régime Local Alsace-Moselle », « FOREIGN STUDENT HEALTHCARE » souscrit par l'adhérent auprès de LA MUTUELLE DES ETUDIANTS.

1.2 RESILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par l'adhérent de son contrat souscrit auprès de LA MUTUELLE DES ETUDIANTS pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

1.3 SUBROGATION

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions des bénéficiaires contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place des bénéficiaires les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

1.4 PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite 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 IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
- 2) En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES 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 les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance non équivoque par IMA ASSURANCES du droit à garantie des bénéficiaires ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires 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.

1.5 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA ASSURANCES afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles les bénéficiaires peuvent prétendre.

Ces informations sont transmises aux sous-traitants et prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans la mise en œuvre et l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à la LMDE à l'exception des données à caractère médical susceptibles d'être collectées.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES.

1.6 RECLAMATION ET MEDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

2.1 FAITS GENERATEURS

Les garanties de la présente Convention s'appliquent en cas d'accident corporel, maladie ou de décès.

2.2 TERRITORIALITE

Les modalités de prise en charge des déplacements de personnes sont :

- Bénéficiaire résidant en métropole : prise en charge limitée au sein du territoire métropolitain, au train 1^{er} classe ou avion de ligne classe économique.

- Bénéficiaire résidant dans un DROM : prise en charge limitée au sein de ce seul département, au taxi, bateau ou avion de ligne classe économique.

2.3 INTERVENTION

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

05 49 34 80 42 OU 00 33 5 49 34 80 42 depuis l'étranger

IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose l'adhérent pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle.

IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

2.4 PIECES JUSTIFICATIVES

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

De la même façon, IMA ASSURANCES pourra demander l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

3. LIMITATIONS, EXCLUSIONS ET DECHEANCES A L'APPLICATION DES GARANTIES

3.1 DELAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent :

- Une immobilisation au domicile
- La sortie d'une hospitalisation
- Un décès.

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).

3.2 INFRACTION

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

3.3 FORCE MAJEURE

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

3.4 AUTRES EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge par IMA ASSURANCES, les hospitalisations :

- dans des établissements et services psychiatriques, gériologiques et gériatriques,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi qu'à leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi qu'à leurs conséquences.

De même sont exclus les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et de la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

4. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION

4.1 AIDE MENAGERE

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de **4 jours** ou d'une immobilisation au domicile de plus de **10 jours** de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES, organise et prend en charge une aide ménagère.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder **10 heures** à raison de 2 heures minimum par intervention sur une période maximale de **10 jours**.

L'aide ménagère a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales, dès le premier jour de l'hospitalisation, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

4.2 PRESENCE d'un PROCHE au CHEVET du PATIENT BENEFICIAIRE

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de **4 jours** ou d'une immobilisation au domicile de plus de **10 jours** de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES, organise et prend en charge le déplacement aller - retour d'un proche, à compter du premier jour.

IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 92 €.

4.3 SERVICES DE PROXIMITE

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de **4 jours** ou d'une immobilisation au domicile de plus de **10 jours** de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES, organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de **30 jours** :

◆ Livraison de médicaments

Lorsque ni l'adhérent ou son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA ASSURANCES se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

◆ Portage de repas

Lorsque l'adhérent ou son conjoint n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas ou de les faire préparer par son entourage, IMA ASSURANCES prend en charge un forfait de livraison d'un pack repas pour 7 jours maximum à définir à la commande.

Notre solution de portage de repas permet au bénéficiaire, lors de sa commande, de trouver une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent.

♦ **Portage d'espèces**

Lorsque l'adhérent ou son conjoint, ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- un transport aller/retour dans un établissement bancaire
- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai d'un mois.

♦ **Livraison de courses**

Lorsque ni l'adhérent ou son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de livraison d'une commande. Les frais de livraison seront remboursés à l'adhérent sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

♦ **Coiffure à domicile**

Lorsque l'adhérent ou son conjoint, a besoin de soin de coiffure, IMA ASSURANCES organise le déplacement d'un coiffeur au domicile.
Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.

5. GARANTIE COMPLEMENTAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION

Transfert Post-hospitalisation chez un proche

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de **4 jours** de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge en France le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant la sortie.
Ce transfert sera pris en charge à concurrence de 200 euros par trajet aller/retour.

6. GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS DE DECES

6.1 AIDE MENAGERE

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, à compter du jour du décès, IMA ASSURANCES organise et prend en charge jusqu'à **10 heures** d'aide ménagère à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de **10 jours**.

6.2 MISE EN RELATION AVEC UN PRESTATAIRE FUNERAIRE

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES peut transmettre les coordonnées d'un prestataire funéraire à la famille.
Les frais d'obsèques restent à la charge de la famille.

ANNEXE 2

au contrat d'assurance du 01 septembre 2011 pour l'assistance à domicile
entre IMA ASSURANCES et **LA MUTUELLE DES ETUDIANTS**

CONVENTION d'ASSISTANCE à DOMICILE

NIVEAU 2

«ZEN LMDE», «ZEN LMDE- Régime-Local» Alsace-Moselle

20170529-002085

Les garanties d'assistance sont assurées par **IMA ASSURANCES**, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - 79000- Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

DEFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

◆ **ADHERENT**

Souscripteur d'un contrat d'assurance «ZEN LMDE» ou «ZEN LMDE- Régime-Local» auprès de LA MUTUELLE DES ETUDIANTS.

◆ **BENEFICIAIRES des GARANTIES D'ASSISTANCE**

L'adhérent à LA MUTUELLE DES ETUDIANTS, ainsi que ses ayants droit

◆ **DOMICILE**

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

◆ **FRANCE**

France métropolitaine et par assimilation, la principauté de Monaco et Andorre ainsi que les DROM (Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane).

◆ **ACCIDENT CORPOREL**

Evénement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

◆ **MALADIE**

Altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

◆ **HOSPITALISATION**

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

◆ **HOSPITALISATION IMPREVUE**

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

◆ **CENTRE DE CONVALESCENCE**

Les centres de convalescence sont des structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

1. VIE DU CONTRAT

1.1 DUREE des GARANTIES

La période de validité d'un contrat d'assurance «ZEN LMDE» ou «ZEN LMDE- Régime-Local» souscrit par l'adhérent auprès de LA MUTUELLE DES ETUDIANTS.

1.2 RESILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par l'adhérent de son contrat d'assurance «ZEN LMDE» ou «ZEN LMDE- Régime-Local» souscrit auprès de LA MUTUELLE DES ETUDIANTS pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

1.3 SUBROGATION

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions des bénéficiaires contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place des bénéficiaires les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

1.4 PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 3) En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
- 4) En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES 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 les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance non équivoque par IMA ASSURANCES du droit à garantie des bénéficiaires ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires 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.

1.5 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA ASSURANCES afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles les bénéficiaires peuvent prétendre.

Ces informations sont transmises aux sous-traitants et prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans la mise en œuvre et l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à la LMDE à l'exception des données à caractère médical susceptibles d'être collectées.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES.

1.6 RECLAMATION ET MEDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

2.1 FAITS GENERATEURS

Les garanties de la présente Convention s'appliquent en cas d'accident corporel, maladie ou de décès.

2.2 TERRITORIALITE

Les modalités de prise en charge des déplacements de personnes sont :

- Bénéficiaire résidant en métropole : prise en charge limitée au sein du territoire métropolitain, au train 1^e classe ou avion de ligne classe économique
- Bénéficiaire résidant dans un DROM : prise en charge limitée au sein de ce seul département, au taxi, bateau ou avion de ligne classe économique.

2.3 INTERVENTION

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

05 49 34 80 42 OU 00 33 5 49 34 80 42 depuis l'étranger

IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose l'adhérent pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle.

IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

2.4 PIECES JUSTIFICATIVES

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

De la même façon, IMA ASSURANCES pourra demander l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

3. LIMITATIONS, EXCLUSIONS ET DECHEANCES A L'APPLICATION DES GARANTIES

3.1 DELAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent :

- Une immobilisation au domicile
- La sortie d'une hospitalisation
- Un décès.

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).

3.2 INFRACTION

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

3.3 FORCE MAJEURE

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

3.4 AUTRES EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge par IMA ASSURANCES, les hospitalisations :

- dans des établissements et services psychiatriques, gériologiques et gériatriques,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi qu'à leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi qu'à leurs conséquences.

De même sont exclus les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et de la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

4. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION

4.1 AIDE MENAGERE

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de **2 jours** ou d'une immobilisation au domicile de plus de **5 jours** de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES, organise et prend en charge une aide ménagère.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder **20 heures** à raison de 2 heures minimum par intervention sur une période maximale de **20 jours**.

L'aide ménagère a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales, dès le premier jour de l'hospitalisation, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

4.2 PRESENCE d'un PROCHE au CHEVET du PATIENT BENEFICIAIRE

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de **2 jours** ou d'une immobilisation au domicile de plus de **5 jours** de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES, organise et prend en charge le déplacement aller - retour d'un proche, à compter du premier jour.

IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 92 €.

4.3 SERVICES DE PROXIMITE

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de **2 jours** ou d'une immobilisation au domicile de plus de **5 jours** de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES, organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de **30 jours** :

◆ Livraison de médicaments

Lorsque ni l'adhérent ou son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA ASSURANCES se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

◆ Portage de repas

Lorsque l'adhérent ou son conjoint n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas ou de les faire préparer par son entourage, IMA ASSURANCES prend en charge un forfait de livraison d'un pack repas pour 7 jours maximum à définir à la commande.

Notre solution de portage de repas permet au bénéficiaire, lors de sa commande, de trouver une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent.

♦ **Portage d'espèces**

Lorsque le l' ou son conjoint, ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- un transport aller/retour dans un établissement bancaire
- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai d'un mois.

♦ **Livraison de courses**

Lorsque ni l'adhérent ou son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de livraison d'une commande. Les frais de livraison seront remboursés à l'adhérent sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

♦ **Coiffure à domicile**

Lorsque l'adhérent ou son conjoint, a besoin de soin de coiffure, IMA ASSURANCES organise le déplacement d'un coiffeur au domicile. Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.

4.4 INSCRIPTIONS SCOLAIRES URGENTES

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de **2 jours** ou d'une immobilisation au domicile de plus de **5 jours** de l'adhérent ou de son conjoint, lorsque ni l'adhérent ou son conjoint ne sont en mesure de déposer un dossier d'inscription scolaire urgent à la Poste ou auprès d'un établissement scolaire ou universitaire et qu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un taxi pour le dépôt des documents dans un rayon de 30 km du domicile. Les frais d'envoi éventuels restent à la charge de l'adhérent.

5. GARANTIE COMPLEMENTAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION

Transfert Post-hospitalisation chez un proche

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de **2 jours** de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge en France le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant la sortie. Ce transfert sera pris en charge à concurrence de **200 euros** par trajet aller/retour.

6. GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS D'IMMOBILISATION

6.1 TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MEDICAUX

Lorsque l'adhérent ou son conjoint, immobilisé plus de 5 jours au domicile, n'est pas en état de se déplacer pour aller à un rendez vous médical et qu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, sur une période de 30 jours, un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50km du domicile.

6.2 TRANSPORT SUR LE LIEU D'ETUDE

Lorsque l'adhérent ou son conjoint, immobilisé plus de 5 jours au domicile, n'est pas en état d'utiliser un moyen de transport habituel pour se rendre sur son lieu d'étude et qu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, jusqu'à 5 trajets allers/retours en transport non médicalisé (taxi ou VSL), sur une période maximale d'un mois, dans un rayon de 30km du domicile.

7. GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS DE DECES

7.1 AIDE MENAGERE

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, à compter du jour du décès, IMA ASSURANCES organise et prend en charge jusqu'à **20 heures** d'aide ménagère à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de **20 jours**.

7.2 MISE EN RELATION AVEC UN PRESTATAIRE FUNERAIRE

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES peut transmettre les coordonnées d'un prestataire funéraire à la famille.
Les frais d'obsèques restent à la charge de la famille.

ANNEXE 24 : CONDITIONS GENERALES AXA ASSISTANCE

CONDITIONS GENERALES du CONTRAT d'assistance N°0803449 Essentielle LMDE

A QUOI CORRESPOND VOTRE CONTRAT ESSENTIELLE LMDE ?

Le Contrat **ESSENTIELLE LMDE** est un Contrat d'assurances régi par le Code des assurances français.

QUI SONT LES ACTEURS/INTERVENANTS DE VOTRE CONTRAT ?

Le Contrat ESSENTIELLE LMDE est **assuré** par **INTER PARTNER Assistance (IPA)**, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 166 Avenue Louise – 1050 Ixelles – Bruxelles Capitale – Belgique, **prise au travers de sa succursale française** immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon. INTER PARTNER Assistance intervient, dans le cadre de ce contrat, sous la marque **AXA Assistance**. Il est **souscrit par l'intermédiaire** de La Mutuelle des Etudiants (« LMDE »), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 431 791 672 et dont le siège social est situé 32 rue Blanche 75009 Paris

DE QUOI EST COMPOSE VOTRE CONTRAT ?

Vos Contrats ESSENTIELLE LMDE est composé :

- des présentes Conditions Générales qui détaillent les garanties, leurs conditions de mise en œuvre et leurs limites, ainsi que le fonctionnement du Contrat.
- et du Bulletin d'adhésion, qui personnalisent le Contrat avec les informations personnelles que vous avez communiquées au moment de la souscription et des éventuelles modifications apportées en cours de contrat.

QUEL EST L'OBJET DE VOTRE CONTRAT ?

Le Contrat ESSENTIELLE LMDE a pour objet de vous apporter une aide immédiate lorsque vous vous trouvez en difficulté au cours d'un Voyage.

QUI DEVEZ-VOUS CONTACTER EN CAS DE SINISTRES ?

Pour bénéficier des garanties d'assistance de votre Contrat, vous **devez contacter immédiatement AXA Assistance**, avant de prendre l'initiative d'avancer des frais **au :**

+33 1 70 95 94 60

(24 heures sur 24 et 7 jours sur 7).

Article 1. Définitions

Pour une meilleure compréhension, les mots ou expressions commençant par une majuscule ont la signification qui suit, dans les présentes Conditions Générales :

- « **Assurés[s]** » : désigne le Souscripteur et ses ayants droit.
- « **Atteinte corporelle** » : Accident corporel ou Maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie d' l'Assuré ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation majeure de son état de santé si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués immédiatement.

Par Accident corporel, on entend toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure, imprévisible et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Par Maladie, on entend toute altération soudaine et imprévisible de la santé de l'Assuré constatée par une Autorité médicale.

- « **Autorité médicale** » : désigne toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où l'Assuré se trouve.
- « **Contrat** » : désigne le présent contrat d'assurance et d'assistance composé des Conditions générales et du Bulletin d'adhésion tels que définies en préambule.
- « **Domicile** » : lieu de résidence principale et habituelle du Souscripteur tel que déclaré sur le Bulletin d'adhésion. Il est situé en France.
- « **Equipe médicale** » : structure d'assistance médicale qu'AXA Assistance met à disposition et adapte à chaque cas particulier.
- « **Etranger** » : tout pays en dehors du pays de Domicile de l'Assuré.
- « **Evènements garantis** » : désigne les évènements fortuits couverts par le présent Contrat.
- « **Force Majeure** » : Evénement échappant au contrôle du débiteur, qui ne pouvait être raisonnablement prévu lors de la conclusion du contrat et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, qui empêche l'exécution de son obligation par le débiteur.
- « **Frais de séjour** » : Frais d'hôtels (petit-déjeuner inclus) et de taxi nécessaires à la mise en œuvre des prestations qu'AXA Assistance organise et prend en charge au titre du présent Contrat. Toute solution de logement provisoire qu'AXA Assistance n'aurait pas organisée ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.
- « **France** » : désigne la France métropolitaine et les DOM.
- « **Hospitalisation** » : séjour imprévu, d'une durée supérieure à 24 heures (une nuitée minimum), dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une Atteinte corporelle. Le séjour est considéré comme imprévu lorsqu'il n'a pas été programmé plus de cinq (5) jours avant le début de l'Hospitalisation.
- « **Information Confidentielle** » : sauf dispositions expresses contraires dans le Contrat, toute information ou donnée de nature financière, technique ou commerciale, soit identifiée comme étant confidentielle, soit à caractère manifestement sensible, soit dont la connaissance peut conférer un avantage à l'autre Partie, divulguée par une des Parties à l'autre, à l'occasion de l'exécution du Contrat, ou encore toute information concernant les Assurés. Ne sont pas considérées comme confidentielles les informations pour lesquelles la Partie destinataire peut apporter la preuve qu'elles étaient dans le domaine public préalablement à leur divulgation ou après celle-ci mais dans ce cas en l'absence de toute faute qui lui soit imputable ; ou qu'elles sont déjà connues ou en possession de celle-ci, cette connaissance préalable pouvant être démontrée par l'existence de documents appropriés dans ses dossiers ; ou qu'elles ont été reçues d'un tiers de manière licite, sans restriction ni violation du Contrat ; ou qu'elles ont été publiées par un tiers sans contrevenir aux dispositions du Contrat ; ou qu'elles sont le résultat de développements internes entrepris de bonne foi par des membres de son personnel n'ayant pas eu accès à ces Informations Confidentielles ; ou que la divulgation a été autorisée par écrit par l'autre Partie.

- « **Membre de la famille** » : désigne les ascendants, descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée à l'Assuré par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs de l'Assuré.
- « **Proche** » : désigne toute personne physique nommément désignée par l'Assuré ou l'un de ses ayants droit et domiciliée en France.
- « **Souscripteur** » : désigne la personne physique résidant en France inscrite dans un établissement d'enseignement supérieur en France, affiliée auprès de LMDE, et ayant souscrit à une complémentaire santé LMDE Essentielle. Le Souscripteur s'engage à payer les primes afférentes au présent Contrat.
- « **Structure médicale** » : structure publique ou privée adaptée à chaque cas particulier et définie par notre Equipe médicale.
- « **Territorialité** » : Les garanties s'exercent dans le monde entier sauf stipulations contractuelles contraires.
- « **Titre de transport** » : Dans le cadre des transports publics de voyageurs, il désigne le document qui permet à l'Assuré de justifier du paiement du transport.
- « **Voyage** » : désigne le Voyage qui se déroule à l'Etranger, y compris les stages d'études et séjours linguistiques. La durée du Voyage ne peut excéder douze (12) mois consécutifs.
- « **Zone géographique** » : La zone géographique correspond à la zone de Voyage de l'Assuré, elle est précisée sur les Conditions Particulières.

Les zones géographiques sont définies de la façon suivante:

- La **Zone (E)** désigne **l'Europe et le Bassin Méditerranéen** : France, Principautés d'Andorre et de Monaco, Albanie, Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Kosovo, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Islande, Norvège, Liechtenstein, Suisse, Algérie, Égypte, Jordanie, Liban, Biélorussie, Bosnie Herzégovine, Bulgarie, Estonie, Israël, Macédoine, Maroc, Moldavie, Monténégro, Serbie, Tunisie, Turquie, Ukraine.
- La **Zone (M)** désigne le **Monde entier**.

Article 2. Garanties d'assistance aux personnes

2.1 Rapatriement médical

L'Equipe médicale d'AXA Assistance contacte les médecins traitants sur place et prend les décisions les plus adaptées à l'état de santé de l'Assuré en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'Equipe médicale d'AXA Assistance recommande le rapatriement de l'Assuré vers une Structure médicale ou son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge sa réalisation.

Si l'Assuré est hospitalisé dans une Structure médicale hors du secteur hospitalier de son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge son transfert vers son Domicile.

Le choix de la destination de rapatriement, du lieu d'Hospitalisation, de la date, de la nécessité d'un accompagnement et des moyens utilisés pour le rapatriement relèvent exclusivement de la décision de l'Equipe médicale d'AXA Assistance.

Tout refus de la solution proposée par l'Equipe médicale d'AXA Assistance entraîne la déchéance des garanties d'assistance médicales.

2.2 Envoi d'un médecin auprès de l'Assuré à l'Etranger

Si les circonstances l'exigent, l'Equipe médicale d'AXA Assistance peut décider d'envoyer un médecin auprès de l'Assuré afin de mieux juger des mesures à prendre en vue de son rapatriement.

2.3 Frais de séjour supplémentaires

Si l'Assuré est hospitalisé ou que l'Equipe médicale d'AXA Assistance préconise une prolongation de son séjour sur place en raison de son état de santé, AXA Assistance organise et prend en charge les Frais de séjour supplémentaires :

- De l'Assuré et d'un Proche ou d'un Membre de la famille assuré qui reste auprès de lui en cas d'immobilisation sur place ;
- D'un Proche ou Membre de la famille qui reste auprès de l'Assuré s'il est hospitalisé.

La prise en charge d'AXA Assistance s'effectue jusqu'à la date du rapatriement de l'Assuré sans pouvoir excéder cinq (5) nuits consécutives à concurrence de 80 € TTC par nuit et par Assuré.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie Visite d'un proche.

2.4 Visite d'un Proche

Si l'Assuré est hospitalisé plus de trois (3) jours consécutifs (hospitalisation sans franchise en jours d'hospitalisation s'il s'agit d'un enfant mineur ou si le pronostic vital est engagé), AXA Assistance organise et prend en charge le transport aller/retour et les frais de séjour sur place d'un Membre de sa famille ou d'un Proche (2 titres de transport s'il s'agit d'un enfant mineur) afin qu'il se rende auprès de lui.

La prise en charge d'AXA Assistance s'effectue jusqu'à la date du rapatriement sans pouvoir excéder cinq (5) nuits consécutives à concurrence de 80 € TTC par nuit et par Assuré.

2.5 Retour anticipé

Si la présence de l'Assuré est requise à la suite du décès ou de l'Hospitalisation de plus de trois (3) jours dans son Pays de Domicile d'un Membre de sa famille (Hospitalisation sans franchise si le pronostic vital est engagé ou si elle concerne un enfant mineur), AXA Assistance organise et prend en charge le trajet aller/retour de l'Assuré étant entendu **que le trajet aller doit se faire dans un délai de huit (8) jours à compter de la date d'Hospitalisation ou de décès.**

2.6 Rapatriement en cas de décès

AXA Assistance organise et prend en charge le rapatriement du corps de l'Assuré ou de ses cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans son pays de Domicile.

AXA Assistance prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport.

Les frais de cercueil liés au transport sont en pris en charge à hauteur de 1 500 € TTC.

Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille du défunt.

2.7 Présence d'un Proche en cas de décès

Si l'Assuré était seul sur place et que la présence d'un Membre de la famille ou d'un Proche s'avère nécessaire pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, AXA Assistance organise et prend en charge son transport aller/retour ainsi que ses Frais de séjour sur place pour une durée de trois (3) nuits consécutives à concurrence de 80 € TTC par nuit et par Assuré.

2.8 Envoi de médicaments à l'Etranger

Si, à l'Etranger, l'Assuré ne trouve pas les médicaments prescrits avant le départ par son médecin

traitant et indispensables à son état de santé, AXA Assistance organise et prend en charge les frais d'expédition jusqu'à son lieu de Voyage.

Le coût des médicaments et les frais de dédouanement restent à la charge de l'Assuré.

AXA Assistance procède à l'avance des frais de médicaments et de dédouanement en contrepartie d'une garantie que l'Assuré ou un tiers aura déposée.

2.9 Envoi de lunettes, lentilles ou prothèses auditives à l'Etranger

En cas de bris, perte ou vol à l'étranger de vos lunettes, lentilles de contact ou prothèses auditives, AXA Assistance organise leur réfection et prend en charge les frais d'expédition vers le lieu de Voyage de l'Assuré.

Les frais de réfection et de dédouanement restent à la charge de l'Assuré.

AXA Assistance peut éventuellement procéder à l'avance des frais de réfection, dans ce cas, l'Assuré est tenu :

- de restituer immédiatement à AXA Assistance le montant remboursé en cas de remboursement qui lui est directement adressé ;
- de rembourser les fonds avancés dans les trente (30) jours à compter de la date d'expédition ;
- en tout état de cause, de rembourser AXA Assistance dans un délai de soixante (60) jours à compter de la date de versement.

2.10 Assistance psychologique

En cas de traumatisme survenu à l'Etranger à la suite d'une agression physique ou d'un événement familial grave, AXA Assistance peut mettre l'Assuré en relation avec un psychologue clinicien. AXA Assistance peut aussi organiser et prendre en charge trois (3) consultations de 30 minutes avec un psychologue clinicien dans un délai de six (6) mois à compter de la survenance du traumatisme. La demande d'assistance psychologique doit être formulée dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de survenance du traumatisme.

2.11 Exclusions spécifiques aux garanties d'assistance médicale

Sont exclus et ne pourront donner lieu à notre intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quel que titre que ce soit :

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- la chirurgie esthétique ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;
- les transports répétitifs nécessités par son état de santé.

Article 3. Assurance frais de recherche et de secours

3.1 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le remboursement des frais de recherche et de secours engagés pour localiser l'Assuré et l'évacuer au centre d'accueil le plus proche, par des sociétés dûment agréées, habilitées et dotées des moyens nécessaires.

3.2 Avance de frais de recherche et de secours

AXA Assistance procédera à l'avance de ces frais pour le compte de l'Assuré, à concurrence des plafonds définis au paragraphe « 3.4 Plafond de garantie ».

3.3 Effet et durée de la garantie

La garantie prend effet à la date de départ (00H00) et cesse automatiquement ses effets à la date de retour (23h59) indiquées par le Souscripteur.

3.4 Plafond de garantie

La prise en charge d'AXA Assistance ne peut excéder 3 500 euros par Assuré.

3.5 Procédure de déclaration

3.5.1 Eléments nécessaires à la déclaration de sinistre

La déclaration doit comporter les informations suivantes :

- Les noms, prénoms et adresse de l'Assuré ;
- Le numéro de Contrat ;
- La date, les causes et les circonstances du sinistre.

3.5.2 Eléments nécessaires à la constitution du dossier d'indemnisation

AXA Assistance adresse à l'attention de l'Assuré ou à celle de l'un de ses ayants droit le dossier d'indemnisation à constituer.

Celui-ci devra être retourné à AXA Assistance en joignant une copie du Contrat ainsi que les factures originales acquittées des frais de recherche et de secours.

3.6 Exclusions spécifiques à la garantie

Les exclusions communes à toutes les garanties et les exclusions spécifiques à l'assistance médicale sont applicables.

En outre, ne pourront donner lieu ni à avance, ni à remboursement, ni à prise en charge :

- **Les frais de recherche et des secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que l'Assuré pratique ;**
- **Les frais de recherche et de secours engendrés par la pratique d'un sport professionnel, la participation à une expédition ou une compétition.**

3.7 Remboursement

Le remboursement est adressé directement à l'Assuré ou à ses ayants droit ou à toute autre personne si l'Assuré en fait la demande par écrit. Le remboursement s'effectue en euros sur la base du taux de change en vigueur à la date du paiement.

Article 4. Avance des frais d'hospitalisation a l'étranger pour le compte de lmde

En cas d'Hospitalisation, et si l'Assuré ou l'un de ses ayants droit en fait la demande, AXA Assistance peut avancer les frais d'hospitalisation pour le compte de LMDE à concurrence de 150 000 euros par Assuré et par période de couverture.

Cette prestation est acquise uniquement aux Assurés affilié à LMDE, c'est-à-dire ayant choisi la LMDE comme centre de sécurité sociale.

Cette prestation est acquise selon les conditions et limites prévues dans les présentes.

Article 5. Accès au réseau de soins AXA Assistance à l'étranger

Le réseau de soins est constitué de Structures médicales et hospitalières à l'Etranger référencées par AXA Assistance sur des critères de compétences techniques et humaines propres à chaque pays.

L'Assuré dont l'état nécessite des actes et examens de laboratoire, des soins médicaux et traitements ambulatoires ou une Hospitalisation à l'Etranger, doit contacter AXA Assistance par téléphone directement ou par l'intermédiaire d'une personne agissant en son nom.

L'Equipe médicale d'AXA Assistance l'orientera vers la structure adaptée à sa situation et à sa pathologie.

Le cas échéant, l'Equipe médicale d'AXA Assistance recherchera une place dans la structure hospitalière retenue en accord avec l'Assuré et dans la mesure des disponibilités.

Article 6. Garantie d'assistance juridique a l'étranger

Si l'Assuré fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'une infraction non intentionnelle à la législation locale survenue hors de son pays de Domicile et intervenue au cours de la vie privée, c'est-à-dire pour des faits sans relation avec l'exercice d'une activité professionnelle, AXA Assistance s'engage à mettre en œuvre les prestations ci-après à son profit :

6.1 Avance de caution pénale

AXA Assistance procède à l'avance, sur présentation d'un dépôt de garantie ou signature d'une reconnaissance de dette, de l'éventuelle caution pénale qui serait exigée par les autorités judiciaires locales pour la libération de l'Assuré ou pour lui permettre d'éviter une incarcération, ceci à concurrence de 15 000 € TTC par Assuré.

Cette avance sera remise directement à l'autorité judiciaire locale ou à tout organisme ou personne désignée par elle.

L'Assuré est tenu :

- de désigner directement AXA Assistance comme destinataire des fonds en cas de remboursement de la caution décidée par l'autorité judiciaire et, en cas de remboursement qui lui est directement adressé, de restituer immédiatement à AXA Assistance le montant remboursé ;
- de rembourser les fonds avancés dans les trente (30) jours de la décision judiciaire devenue exécutoire ;
- en tout état de cause, de rembourser AXA Assistance dans un délai de soixante (60) jours à compter de la date de versement.

6.2 Frais d'avocat

AXA Assistance prend en charge les frais d'avocat dans la limite de 3 000 € TTC par Assuré.

Article 7. Informations et conseils médicaux

7.1 Information et conseils médicaux

L'Equipe médicale d'AXA Assistance peut communiquer à l'Assuré des informations et conseils médicaux, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. AXA Assistance donne tout renseignement d'ordre général dans les domaines suivants :

- Vaccinations ;
- Diététique ;
- Hygiène de vie ;
- Alimentation ;
- Préparation aux voyages.

L'intervention de l'Equipe médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle est la demande, AXA Assistance conseille à l'Assuré de consulter son médecin traitant.

Article 8. garantie d'assurance bagages

8.1.1 Définitions spécifiques

Bagages : désigne les sacs de voyage, les valises et leur contenu.

Les Objets précieux suivants sont assimilés aux Bagages : les bijoux, les fourrures, argenterie, orfèvrerie en métal précieux, caméras et tout appareil photographique, radiophonique, d'enregistrement ou de reproduction du son ou de l'image ainsi que leurs accessoires.

8.1.2 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet d'indemniser l'Assuré du préjudice matériel qui résulte de la perte des Bagages de l'Assuré par le transporteur, de leur vol ou de leur destruction totale ou partielle.

Cette garantie a pour objet de rembourser les frais de première nécessité en cas de retard de livraison des Bagages supérieur à 6 heures sur le trajet aller.

8.1.3 Conditions d'application de la garantie

En cas de vol, la garantie est acquise pour autant que les Bagages soient sous la surveillance directe de l'Assuré, remisés dans une consigne fermée à clé.

En cas de perte ou de destruction et/ou de retard de livraison par le transporteur, la garantie est acquise pour autant que les Bagages soient enregistrés auprès du transporteur.

8.1.4 Effet et durée

La garantie prend effet à la date de départ de l'Assuré et cesse automatiquement ses effets au moment du retour de l'Assuré à son Domicile.

Les dates de départ (00h00) et de retour (23h59) de voyage sont celles indiquées sur les Titres de transport.

8.1.5 Montant de l'Indemnité et plafond de la garantie

(a) Assurance « Perte, vol, destruction, détérioration Bagages » :

(i) Calcul de l'indemnité

Le montant de l'indemnisation de l'Assuré est calculé :

- En cas de vol, de perte par le transporteur ou de destruction totale des Bagages de l'Assuré : sur la base de la valeur de remplacement, vétusté déduite ;
- En cas de destruction partielle des Bagages de l'Assuré, sur la base du coût de la réparation dans la limite de la valeur de remplacement, vétusté déduite.

(ii) Plafond de garantie

L'Assuré est indemnisé à concurrence des plafonds suivants :

Plafonds par Assuré et par évènement	
Vol, destruction ou perte des Bagages	2 000 € TTC par Assuré
Dont Objets précieux	1 000 € TTC par Assuré
Franchise	30 € par Assuré

(b) Assurance « Retard de livraison de bagages » :

L'Assuré est indemnisé à concurrence des plafonds suivants, quel que soit le nombre de Bagages :

Plafond par Assuré	
Retard de livraison supérieur à 6 heures	150 € TTC

8.1.6 Exclusions spécifiques

Les exclusions générales du présent contrat sont applicables.

En outre, sont exclus :

- Les effets vestimentaires que l'Assuré porte sur lui lors de la survenance du sinistre, les objets ou vêtements dérobés isolément, ainsi que les autoradios ;
- Les espèces, billets de banque, titres et valeurs de toute nature, billets de séjour, documents manuscrits, papiers d'affaires, passeports et autre pièces d'identité ;
- Les parfums, denrées périssables et d'une manière générale la nourriture ;
- Les perles fines, pierres précieuses ou semi-précieuses, lorsqu'elles ne sont pas montées en bijoux,
- Tableaux, objets d'arts ;
- Les prothèses de toute nature, les lunettes et verres de contact ;
- Les biens confiés à des tiers ou qui sont sous la responsabilité d'un tiers tels que dépositaires hôteliers ;
- Les vols commis sans effraction dans tout local à usage d'habitation ne respectant pas les trois conditions suivantes : clos, couvert et fermé à clé ;
- Les vols de toute nature ou destructions dans des hangars, bateaux, tentes, caravanes auvents ou avancées de caravanes, remorques ;
- Les vols commis sans effraction dans tout véhicule non fermé à clé et non clos et commis entre 21 heures et 7 heures ;
- Les vols, ou destructions de Bagages laissés sans surveillance dans un lieu public ;

- La destruction due à l'usure normale ou naturelle ;
- La destruction résultant du coulage de liquides, matières grasses, colorantes, corrosives, inflammables ou explosives faisant partie du contenu des Bagages ;
- La détérioration résultant d'éraflures, de rayures, de déchirures ou de tâches ;
- La destruction des objets fragiles tels que verreries, glaces, porcelaines, terres cuites ; plâtres, statues, céramiques, faïences, cristaux, albâtres, cires, grès, marbre et tous objets similaires ;
- La saisie, l'embargo, la confiscation, la capture, la destruction ou le séquestre, ordonnés par toute autorité publique.

8.1.7 Procédure de déclaration de sinistre

La déclaration doit se faire dans les cinq (5) jours ouvrables ou dans les deux (2) jours ouvrables en cas de vol suivant la connaissance du sinistre. Passé ce délai, si AXA Assistance subi un quelconque préjudice du fait d'une déclaration tardive, l'Assuré perdra tout droit à indemnité.

(c) Eléments nécessaires à la déclaration de sinistre

La déclaration doit comporter les informations suivantes :

- Les noms, prénoms et adresse de l'Assuré ;
- Le numéro du contrat ;
- La date, la cause et les circonstances du vol, de la perte ou de la destruction du retard de livraison des Bagages.

(d) Eléments nécessaires à la constitution du dossier d'indemnisation

AXA Assistance adresse à l'attention de l'Assuré, ou à l'un de ses ayants droit, le dossier d'indemnisation à constituer. Il devra être retourné à AXA Assistance complété en joignant une copie du Contrat et les documents permettant de justifier l'existence des Bagages volés, perdus ou détérioré, ainsi que leur valeur (facture, etc.) ou le retard dans la livraison des Bagages :

En cas de vol des Bagages : le récépissé du dépôt de plainte ou de déclaration de vol établi par les autorités locales compétentes et effectué dans les **48 heures suivant le sinistre**.

En cas de perte des Bagages : l'original du constat des irrégularités faites auprès du transporteur.

En cas de détérioration des Bagages : l'original du constat d'avaries fait auprès du transporteur.

En cas de retard dans la livraison des Bagages :

- Le ticket d'enregistrement des Bagages livrés avec retard par le transporteur ;
- L'original du constat des irrégularités faites auprès du transporteur ;
- L'original du justificatif de la livraison tardive.

8.1.8 Récupération des Bagages volés ou perdus

L'Assuré doit aviser immédiatement AXA Assistance de la récupération de tout ou partie des Bagages volés ou perdus.

Si la récupération a lieu :

- **Avant le paiement de l'indemnité**, l'Assuré doit reprendre possession desdits Bagages. L'indemnisation se limite aux détériorations éventuelles et au remboursement des frais engagés pour récupérer lesdits Bagages ;
- **Après le paiement de l'indemnité**, l'Assuré a trente (30) jours à compter de la récupération pour choisir entre la reprise et le délaissement de tout ou partie des Bagages retrouvés. Passé ce délai, les Bagages deviendront la propriété d'AXA Assistance.

Si l'Assuré reprend les Bagages, AXA Assistance révisé le montant de l'indemnité en fonction de leur valeur au jour de la récupération et l'Assuré devra restituer à AXA Assistance l'éventuel excédent d'indemnité perçu.

8.1.9 Indemnité

Le remboursement est adressé directement à l'Assuré ou à ses ayants droit ou à toute autre personne si l'Assuré en fait la demande à l'écrit.

Article 9. Exclusions communes à toutes les garanties

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

- 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 frais courants tels que repas ou boissons que l'Assuré aurait normalement supportés pendant votre séjour ;
- les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le séjour ;
- le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce contrat.

De plus, ne pourront donner lieu à notre intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit toutes conséquences :

- 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 ;
- d'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'Assuré ;
- des frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que vous pratiquez ;
- des dommages que l'Assuré a causés ou subis lors de la pratique des sports suivants : bobsleigh, alpinisme ou varappe ;
- de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à un titre non-amateur ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;
- 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 épidémies, tout risque infectieux ou chimique ;
- tous les cas de force majeure.

Article 10. Responsabilité

La responsabilité d'AXA Assistance ne pourra être engagée en cas de dommages à caractère professionnel ou commercial subis par le Souscripteur à la suite d'un incident ayant nécessité la mise en jeu des garanties du présent Contrat.

AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

Enfin, la responsabilité d'AXA Assistance ne pourra être engagée en cas de retards ou empêchements dans l'exécution des garanties du présent Contrat, causés par une grève, une émeute, un mouvement populaire, des représailles, une restriction de la libre circulation, de sabotage, de terrorisme, de guerre civile ou étrangère, de dégagement de chaleur, d'irradiation ou d'effet de souffle provenant de la fission ou de la fusion de l'atome, de radioactivité ou de tout autre cas fortuit ou de force majeure.

Article 11. FAUSSE Déclaration

11.1 Fausse déclaration des éléments constitutifs du risque

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connus du Souscripteur l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances, c'est-à-dire : réduction d'indemnité ou nullité du Contrat (articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances). Les primes déjà payées demeurent acquises à AXA Assistance.

11.2 Fausse déclaration des éléments constitutifs du sinistre

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du sinistre (date, nature, cause, circonstances ou conséquences) connus du Souscripteur l'expose, en cas de mauvaise foi, à la déchéance des garanties du Contrat.

Article 12. PRIME

12.1 Débiteur de la prime

Le Souscripteur, tel que défini sur le Bulletin d'adhésion, s'engage à payer la prime d'assurance afférente aux garanties du présent Contrat.

12.2 Paiement de la prime

La prime d'assurance dont le montant est précisé dans le Bulletin d'adhésion, est réglée soit par chèque, soit par carte bancaire, soit par prélèvement automatique effectué par LMDE pour le compte d'AXA Assistance, sur le compte bancaire désigné à cet effet par le Souscripteur et ce, à compter de l'expiration du délai de renonciation de 14 jours calendaires tel que défini à l'article 13.4.

12.3 Défaut de paiement

En cas de défaut de paiement de la prime ou d'une fraction de la prime dans les 10 jours qui suivent

son échéance, LMDE enverra une relance au Souscripteur par lettre recommandée. Si dans les 30 jours qui suivent son envoi, la(les) prime(s) ou la(les) fraction(s) de prime due(s) n'est toujours pas payée, les garanties seront suspendues et si la prime n'est toujours pas réglée dans les 10 jours qui suivent la date de suspension des garanties, AXA Assistance pourra résilier le Contrat.

12.4 Modification de la prime

AXA Assistance s'engage à informer le Souscripteur d'une modification de la prime dans les trois (3) mois qui précèdent la date d'échéance du Contrat. Le Souscripteur peut refuser cette modification et résilier le Contrat en adressera une lettre simple à LMDE à l'adresse précisée en préambule de ce Contrat.

Article 13. VIE DU CONTRAT

13.1 Durée du Contrat et tacite reconduction

Le Contrat est conclu pour une durée maximale de quinze (15) mois à compter de la date de la souscription définie ci-dessous, et se renouvelle par tacite reconduction à la date d'expiration pour une durée de douze (12) mois, sauf cessation dans l'un des cas prévus à l'article 13.6.

13.2 Date de souscription

La date de souscription du Contrat est celle indiquée dans les Conditions particulières et correspond à la date de conclusion du Contrat, c'est-à-dire :

- En cas de demande de souscription par téléphone, à la date du contact téléphonique au cours duquel le Souscripteur a donné son consentement à la souscription au présent Contrat ;
- En cas de souscription via le site internet, la souscription est conclue à la date de signature électronique de la demande de souscription au présent Contrat, les informations précontractuelles (notamment celles visées à l'article L 221-18 du Code de la mutualité) ainsi que les Conditions Générales ayant été lues préalablement. Le Souscripteur doit enregistrer sur un support durable les documents précités pour s'y référer en cas de besoin.
- En cas de demande de souscription en face à face, la souscription est conclue à la date de signature des Conditions particulières.

13.3 Date d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet à compter de la Date de souscription telle que définie ci-dessus, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime et des portions de prime lorsque le paiement est fractionné. Les garanties cessent en même temps que la Cessation du Contrat par l'un des cas prévus à l'article 13.6.

13.4 Facultés de renonciation

13.4.1 En cas de démarchage

Conformément à l'article L.112-9 du Code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

La date de conclusion du contrat est définie à l'article 13.2.

Modèle de lettre à adresser à LMDE depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation » ou par courrier recommandé avec accusé de réception à : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9: « Je soussigné(e) (M./Mme, nom,

prénom, adresse) déclare renoncer à ma souscription n°XXXX. Le (date), signature ». AXA Assistance rembourse, par l'intermédiaire de la LMDE, au Souscripteur, l'intégralité des sommes éventuellement versées dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre – le cachet de la Poste faisant foi – la souscription et les garanties prennent fin.

13.4.2 **En cas de vente à distance**

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, le Souscripteur peut renoncer au Contrat en notifiant sa décision à LMDE au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste ou courrier électronique) dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date de souscription précisée sur les Conditions Particulières. Le Souscripteur peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation, ci-dessous, mais ce n'est pas obligatoire.

Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que le Souscripteur transmette sa volonté avant l'expiration du délai de renonciation. Toutefois, dès lors que le Souscripteur a déclaré un Sinistre mettant en jeu la garantie, il ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation de sa part, LMDE remboursera, pour le compte d'AXA Assistance, à l'Assuré toutes les primes reçues de sa part sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze (14) jours à compter du jour où LMDE est informé de sa décision de renonciation. LMDE procédera au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui utilisé pour la transaction initiale.

L'exemple de formulaire de renonciation est à renvoyer soit par lettre à l'adresse postale : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9 ou par email depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation ».

Exemple de formulaire :

Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous renoncer au contrat.

FORMULAIRE DE RENONCIATION

Formulaire à nous renvoyer depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation » ou par courrier recommandé avec accusé de réception à : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9. A l'attention de la Direction du Service Adhérent de LMDE.

Je vous notifie par la présente mon souhait de renoncer au contrat LMDE, dont le N ° de souscription est le (XXXXXXXXXXXXXXXXXX).

Nom du souscripteur Prénom du Souscripteur

Date Signature du souscripteur

13.4.3 **En cas de pluralité d'assurance**

Conformément à l'article L112-10 du Code des assurances, le Souscripteur est invité à vérifier qu'il n'est pas déjà bénéficiaire d'une garantie couvrant l'un des risques garantis par le nouveau Contrat. Si tel est le cas, il bénéficiera d'un droit de renonciation à ce Contrat pendant un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter de sa conclusion, sans frais ni pénalités, si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- le Souscripteur a souscrit ce contrat à des fins non professionnelles ;
- ce contrat vient en complément de l'achat d'un bien ou d'un service vendu par un fournisseur ;
- le Souscripteur justifie être déjà couvert pour l'un des risques garantis par ce nouveau contrat ;
- le contrat auquel le Souscripteur souhaite renoncer n'est pas intégralement exécuté;
- le Souscripteur n'a déclaré aucun sinistre garanti par ce contrat.

Dans cette situation, le Souscripteur peut exercer son droit à renoncer à ce contrat par lettre ou tout

autre support durable adressé à l'assureur du nouveau contrat, accompagné d'un document justifiant qu'il bénéficie déjà d'une garantie pour l'un des risques garantis par le nouveau contrat. L'assureur est tenu de rembourser au Souscripteur la prime payée, dans un délai de trente (30) jours à compter de sa renonciation.

Si le Souscripteur souhaite renoncer à son contrat mais qu'il ne remplit pas l'ensemble des conditions ci-dessus, il doit vérifier les conditions de renonciation prévues dans son contrat.

13.5 Modifications de votre Contrat

Le Souscripteur doit informer LMDE depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation » ou par courrier recommandé avec accusé de réception à : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9 de tout changement de nom et/ou des informations personnelles du Souscripteur et/ou de coordonnées du compte bancaire sur lequel la prime est prélevée.

13.6 Cessation du Contrat

Le Contrat prend fin dans les cas suivants :

- En cas d'utilisation par le Souscripteur de sa faculté de renonciation, à la date d'envoi de la lettre, le cachet de la porte faisant foi ;
- En cas de résiliation par AXA Assistance pour non-paiement de la prime (en application des dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances) dans les conditions définies à l'article 12.3 ;
- En cas de résiliation par le Souscripteur pour refus de la prime modifiée dans les conditions définies à l'article 12.4 ;
- En cas de décès du Souscripteur, ses ayants droits devant informer LMDE par écrit depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation » ou par courrier recommandé avec accusé de réception à : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9. La résiliation prend alors effet à la date du décès ;
- Dans tous les autres cas prévus par la réglementation applicable.

13.7 Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 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 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 (10) ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires de droit commun visée ci-après:

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de la saisine de la juridiction est annulé par le fait d'un vice de procédure ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;

- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur ;

La prescription est également interrompue par des causes spécifiques au contrat d'assurance visées ci-après :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la souscription ou par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

La prescription est également suspendue lorsque la partie est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

13.8 Cumuls d'assurances

Conformément aux dispositions de l'article L.121-4 du Code des assurances, quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, chacune d'elle produit ses effets dans les limites des garanties de chaque contrat et dans le respect des dispositions de l'Article L.121-1 du Code des assurances.

13.9 Subrogation d'AXA Assistance dans les droits et actions de l'Assuré

Conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, AXA Assistance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'Assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à l'indemnisation d'AXA Assistance.

Article 14. DISPOSITIONS DIVERSES

14.1 Compétence judiciaire

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du Contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

14.2 Langue

La langue utilisée pendant la durée du présent Contrat est la langue française.

14.3 Loi informatique et libertés

Dans le cadre du contrôle de la qualité des services rendus, les conversations téléphoniques entre le Souscripteur ou l'Assuré et AXA Assistance peuvent être enregistrées.

Les informations concernant le Souscripteur sont destinées à l'usage interne d'AXA 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, conformément aux articles 32 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978.

Certains des destinataires des données sont situés en dehors de l'union européenne, et en particulier les destinataires suivants : AXA Business Services situé en Inde et AXA Assistance Maroc Services situé au Maroc. AXA Assistance garantit que toutes les mesures sont prises pour assurer un bon niveau de protection des données.

AXA Assistance est soumise aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, elle met en œuvre un traitement de surveillance des Contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément à l'autorisation unique de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) du 16 Juin 2011.

De plus, les données personnelles du Souscripteur pourront être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude que la CNIL a autorisé AXA Assistance à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Le Souscripteur dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données le concernant, en s'adressant au Service Juridique d'AXA Assistance situé 6, rue André Gide – 92320 Châtillon.

14.4 Réclamation et médiation

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

Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, le Souscripteur peut 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, le Souscripteur peut 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

CONDITIONS GENERALES du CONTRAT d'assistance N°0803450 zen LMDE

A QUOI CORRESPOND VOTRE CONTRAT ZEN LMDE ?

Le Contrat **ZEN LMDE** est un Contrat d'assurances régi par le Code des assurances français.

QUI SONT LES ACTEURS/INTERVENANTS DE VOTRE CONTRAT ?

Le Contrat ZEN LMDE est **assuré** par **INTER PARTNER Assistance (IPA)**, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 166 Avenue Louise – 1050 Ixelles – Bruxelles Capitale – Belgique, **prise au travers de sa succursale française** immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon. INTER PARTNER Assistance intervient, dans le cadre de ce contrat, sous la marque **AXA Assistance**.

Il est **souscrit par l'intermédiaire** de La Mutuelle des Etudiants (« LMDE »), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 431 791 672 et dont le siège social est situé 32 rue Blanche 75009 Paris

DE QUOI EST COMPOSE VOTRE CONTRAT ?

Vos Contrats ZEN LMDE est composé :

- des présentes Conditions Générales qui détaillent les garanties, leurs conditions de mise en œuvre et leurs limites, ainsi que le fonctionnement du Contrat.
- et du Bulletin d'adhésion, qui personnalisent le Contrat avec les informations personnelles que vous avez communiquées au moment de la souscription et des éventuelles modifications apportées en cours de contrat.

QUEL EST L'OBJET DE VOTRE CONTRAT ?

Le Contrat ZEN LMDE a pour objet de vous apporter une aide immédiate lorsque vous vous trouvez en difficulté au cours d'un Voyage.

QUI DEVEZ-VOUS CONTACTER EN CAS DE SINISTRES ?

Pour bénéficier des garanties d'assistance de votre Contrat, vous **devez contacter immédiatement AXA Assistance**, avant de prendre l'initiative d'avancer des frais **au :**

+33 1 70 95 94 60

(24 heures sur 24 et 7 jours sur 7).

Article 1. Définitions

Pour une meilleure compréhension, les mots ou expressions commençant par une majuscule ont la signification qui suit, dans les présentes Conditions Générales :

- « **Assurés[s]** » : désigne le Souscripteur et ses ayants droit.
- « **Atteinte corporelle** » : Accident corporel ou Maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie d' l'Assuré ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation majeure de son état de santé si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués immédiatement.

Par Accident corporel, on entend toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure, imprévisible et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Par Maladie, on entend toute altération soudaine et imprévisible de la santé de l'Assuré constatée par une Autorité médicale.

- « **Autorité médicale** » : désigne toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où l'Assuré se trouve.
- « **Contrat** » : désigne le présent contrat d'assurance et d'assistance composé des Conditions générales et du Bulletin d'adhésion tels que définies en préambule.
- « **Domicile** » : lieu de résidence principale et habituelle du Souscripteur tel que déclaré sur le Bulletin d'adhésion. Il est situé en France.
- « **Equipe médicale** » : structure d'assistance médicale qu'AXA Assistance met à disposition et adapte à chaque cas particulier.
- « **Etranger** » : tout pays en dehors du pays de Domicile de l'Assuré.
- « **Evènements garantis** » : désigne les évènements fortuits couverts par le présent Contrat.
- « **Force Majeure** » : Evénement échappant au contrôle du débiteur, qui ne pouvait être raisonnablement prévu lors de la conclusion du contrat et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, qui empêche l'exécution de son obligation par le débiteur.
- « **Frais de séjour** » : Frais d'hôtels (petit-déjeuner inclus) et de taxi nécessaires à la mise en œuvre des prestations qu'AXA Assistance organise et prend en charge au titre du présent Contrat. Toute solution de logement provisoire qu'AXA Assistance n'aurait pas organisée ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.
- « **France** » : désigne la France métropolitaine et les DOM.
- « **Hospitalisation** » : séjour imprévu, d'une durée supérieure à 24 heures (une nuitée minimum), dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une Atteinte corporelle. Le séjour est considéré comme imprévu lorsqu'il n'a pas été programmé plus de cinq (5) jours avant le début de l'Hospitalisation.
- « **Information Confidentielle** » : sauf dispositions expresses contraires dans le Contrat, toute information ou donnée de nature financière, technique ou commerciale, soit identifiée comme étant confidentielle, soit à caractère manifestement sensible, soit dont la connaissance peut conférer un avantage à l'autre Partie, divulguée par une des Parties à l'autre, à l'occasion de l'exécution du Contrat, ou encore toute information concernant les Assurés. Ne sont pas considérées comme confidentielles les informations pour lesquelles la Partie destinataire peut apporter la preuve qu'elles étaient dans le domaine public préalablement à leur divulgation ou après celle-ci mais dans ce cas en l'absence de toute faute qui lui soit imputable ; ou qu'elles sont déjà connues ou en possession de celle-ci, cette connaissance préalable pouvant être démontrée par l'existence de documents appropriés dans ses dossiers ; ou qu'elles ont été reçues d'un tiers de manière licite, sans restriction ni violation du Contrat ; ou qu'elles ont été publiées par un tiers sans contrevenir aux dispositions du Contrat ; ou qu'elles sont le résultat de développements internes entrepris de bonne foi par des membres de son personnel n'ayant pas eu accès à ces Informations Confidentielles ; ou que la divulgation a été autorisée par écrit par l'autre Partie.
- « **Membre de la famille** » : désigne les ascendants, descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée à l'Assuré par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs de l'Assuré.
- « **Proche** » : désigne toute personne physique nommément désignée par l'Assuré ou l'un de ses ayants droit et domiciliée en France.
- « **Souscripteur** » : désigne la personne physique résidant en France inscrite dans un établissement d'enseignement supérieur en France, affiliée auprès de la LMDE, et ayant souscrit à une complémentaire santé ZEN LMDE. Le Souscripteur s'engage à payer les primes afférentes au présent Contrat.
- « **Structure médicale** » : structure publique ou privée adaptée à chaque cas particulier et définie par notre Equipe médicale.

- « **Territorialité** » : Les garanties s'exercent dans le monde entier sauf stipulations contractuelles contraires.
- « **Titre de transport** » : Dans le cadre des transports publics de voyageurs, il désigne le document qui permet à l'Assuré de justifier du paiement du transport.
- « **Voyage** » : désigne le Voyage qui se déroule à l'Etranger, y compris les stages d'études et séjours linguistiques et touristiques. La durée du Voyage ne peut excéder douze (12) mois consécutifs.
- « **Zone géographique** » : La zone géographique correspond à la zone de Voyage de l'Assuré, elle est précisée sur les Conditions Particulières.

Les zones géographiques sont définies de la façon suivante:

- La **Zone (E)** désigne **l'Europe et le Bassin Méditerranéen** : France, Principautés d'Andorre et de Monaco, Albanie, Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Kosovo, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Islande, Norvège, Liechtenstein, Suisse, Algérie, Égypte, Jordanie, Liban, Biélorussie, Bosnie Herzégovine, Bulgarie, Estonie, Israël, Macédoine, Maroc, Moldavie, Monténégro, Serbie, Tunisie, Turquie, Ukraine.
- La **Zone (M)** désigne le **Monde entier**.

Article 2. Garanties d'assistance aux personnes

2.1 Rapatriement médical

L'Equipe médicale d'AXA Assistance contacte les médecins traitants sur place et prend les décisions les plus adaptées à l'état de santé de l'Assuré en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'Equipe médicale d'AXA Assistance recommande le rapatriement de l'Assuré vers une Structure médicale ou son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge sa réalisation.

Si l'Assuré est hospitalisé dans une Structure médicale hors du secteur hospitalier de son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge son transfert vers son Domicile.

Le choix de la destination de rapatriement, du lieu d'Hospitalisation, de la date, de la nécessité d'un accompagnement et des moyens utilisés pour le rapatriement relèvent exclusivement de la décision de l'Equipe médicale d'AXA Assistance.

Tout refus de la solution proposée par l'Equipe médicale d'AXA Assistance entraîne la déchéance des garanties d'assistance médicales.

2.2 Envoi d'un médecin auprès de l'Assuré à l'Etranger

Si les circonstances l'exigent, l'Equipe médicale d'AXA Assistance peut décider d'envoyer un médecin auprès de l'Assuré afin de mieux juger des mesures à prendre en vue de son rapatriement.

2.3 Frais de séjour supplémentaires

Si l'Assuré est hospitalisé ou que l'Equipe médicale d'AXA Assistance préconise une prolongation de son séjour sur place en raison de son état de santé, AXA Assistance organise et prend en charge les Frais de séjour supplémentaires :

- De l'Assuré et d'un Proche ou d'un Membre de la famille assuré qui reste auprès de lui en cas d'immobilisation sur place ;
- D'un Proche ou Membre de la famille qui reste auprès de l'Assuré s'il est hospitalisé.

La prise en charge d'AXA Assistance s'effectue jusqu'à la date du rapatriement de l'Assuré sans

pouvoir excéder cinq (5) nuits consécutives à concurrence de 80 € TTC par nuit et par Assuré.
Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie Visite d'un proche.

2.4 Visite d'un Proche

Si l'Assuré est hospitalisé plus de trois (3) jours consécutifs (hospitalisation sans franchise en jours d'hospitalisation s'il s'agit d'un enfant mineur ou si le pronostic vital est engagé), AXA Assistance organise et prend en charge le transport aller/retour et les frais de séjour sur place d'un Membre de sa famille ou d'un Proche (2 titres de transport s'il s'agit d'un enfant mineur) afin qu'il se rende auprès de lui.

La prise en charge d'AXA Assistance s'effectue jusqu'à la date du rapatriement sans pouvoir excéder cinq (5) nuits consécutives à concurrence de 80 € TTC par nuit et par Assuré.

2.5 Retour anticipé

Si la présence de l'Assuré est requise à la suite du décès ou de l'Hospitalisation de plus de trois (3) jours dans son Pays de Domicile d'un Membre de sa famille (Hospitalisation sans franchise si le pronostic vital est engagé ou si elle concerne un enfant mineur), AXA Assistance organise et prend en charge le trajet aller/retour de l'Assuré étant entendu **que le trajet aller doit se faire dans un délai de huit (8) jours à compter de la date d'Hospitalisation ou de décès.**

2.6 Rapatriement en cas de décès

AXA Assistance organise et prend en charge le rapatriement du corps de l'Assuré ou de ses cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans son pays de Domicile.

AXA Assistance prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport.

Les frais de cercueil liés au transport sont en pris en charge à hauteur de 1 500 € TTC.

Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille du défunt.

2.7 Présence d'un Proche en cas de décès

Si l'Assuré était seul sur place et que la présence d'un Membre de la famille ou d'un Proche s'avère nécessaire pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, AXA Assistance organise et prend en charge son transport aller/retour ainsi que ses Frais de séjour sur place pour une durée de trois (3) nuits consécutives à concurrence de 80 € TTC par nuit et par Assuré.

2.8 Envoi de médicaments à l'Etranger

Si, à l'Etranger, l'Assuré ne trouve pas les médicaments prescrits avant le départ par son médecin traitant et indispensables à son état de santé, AXA Assistance organise et prend en charge les frais d'expédition jusqu'à son lieu de Voyage.

Le coût des médicaments et les frais de dédouanement restent à la charge de l'Assuré.

AXA Assistance procède à l'avance des frais de médicaments et de dédouanement en contrepartie d'une garantie que l'Assuré ou un tiers aura déposée.

2.9 Envoi de lunettes, lentilles ou prothèses auditives à l'Etranger

En cas de bris, perte ou vol à l'étranger de vos lunettes, lentilles de contact ou prothèses auditives, AXA Assistance organise leur réfection et prend en charge les frais d'expédition vers le lieu de Voyage de l'Assuré.

Les frais de réfection et de dédouanement restent à la charge de l'Assuré.

AXA Assistance peut éventuellement procéder à l'avance des frais de réfection, dans ce cas, l'Assuré est tenu :

- de restituer immédiatement à AXA Assistance le montant remboursé en cas de remboursement qui lui est directement adressé;
- de rembourser les fonds avancés dans les trente (30) jours à compter de la date d'expédition;
- en tout état de cause, de rembourser AXA Assistance dans un délai de soixante (60) jours à compter de la date de versement.

2.10 Assistance psychologique

En cas de traumatisme survenu à l'Etranger à la suite d'une agression physique ou d'un événement familial grave, AXA Assistance peut mettre l'Assuré en relation avec un psychologue clinicien. AXA Assistance peut aussi organiser et prendre en charge trois (3) consultations de 30 minutes avec un psychologue clinicien dans un délai de six (6) mois à compter de la survenance du traumatisme. La demande d'assistance psychologique doit être formulée dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de survenance du traumatisme.

2.11 Exclusions spécifiques aux garanties d'assistance médicale

Sont exclus et ne pourront donner lieu à notre intervention, 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 ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- la chirurgie esthétique ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;
- les transports répétitifs nécessités par son état de santé.

Article 3. Assurance frais de recherche et de secours

3.1 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le remboursement des frais de recherche et de secours engagés pour localiser l'Assuré et l'évacuer au centre d'accueil le plus proche, par des sociétés dûment agréées, habilitées et dotées des moyens nécessaires.

3.2 Avance de frais de recherche et de secours

AXA Assistance procédera à l'avance de ces frais pour le compte de l'Assuré, à concurrence des plafonds définis au paragraphe « 3.4 Plafond de garantie ».

3.3 Effet et durée de la garantie

La garantie prend effet à la date de départ (00H00) et cesse automatiquement ses effets à la date de retour (23h59) indiquées par le Souscripteur.

3.4 Plafond de garantie

La prise en charge d'AXA Assistance ne peut excéder 3 500 euros par Assuré.

3.5 Procédure de déclaration

3.5.1 Éléments nécessaires à la déclaration de sinistre

La déclaration doit comporter les informations suivantes :

- Les noms, prénoms et adresse de l'Assuré ;
- Le numéro de Contrat ;
- La date, les causes et les circonstances du sinistre.

3.5.2 Éléments nécessaires à la constitution du dossier d'indemnisation

AXA Assistance adresse à l'attention de l'Assuré ou à celle de l'un de ses ayants droit le dossier d'indemnisation à constituer.

Celui-ci devra être retourné à AXA Assistance en joignant une copie du Contrat ainsi que les factures originales acquittées des frais de recherche et de secours.

3.6 Exclusions spécifiques à la garantie

Les exclusions communes à toutes les garanties et les exclusions spécifiques à l'assistance médicale sont applicables.

En outre, ne pourront donner lieu ni à avance, ni à remboursement, ni à prise en charge :

- **Les frais de recherche et des secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que l'Assuré pratique ;**
- **Les frais de recherche et de secours engendrés par la pratique d'un sport professionnel, la participation à une expédition ou une compétition.**

3.7 Remboursement

Le remboursement est adressé directement à l'Assuré ou à ses ayants droit ou à toute autre personne si l'Assuré en fait la demande par écrit. Le remboursement s'effectue en euros sur la base du taux de change en vigueur à la date du paiement.

Article 4. Avance des frais d'hospitalisation à l'étranger pour le compte de LMDE

En cas d'Hospitalisation, et si l'Assuré ou l'un de ses ayants droit en fait la demande, AXA Assistance peut avancer les frais d'hospitalisation pour le compte de LMDE à concurrence de 150 000 euros par Assuré et par période de garantie.

Cette prestation est acquise uniquement aux Assurés affiliés à LMDE, c'est-à-dire ayant choisi la LMDE comme centre de sécurité sociale.

Cette prestation est acquise selon les conditions et limites prévues dans les présentes.

Article 5. Accès au réseau de soins AXA Assistance à l'étranger

Le réseau de soins est constitué de Structures médicales et hospitalières à l'Etranger référencées par AXA Assistance sur des critères de compétences techniques et humaines propres à chaque pays.

L'Assuré dont l'état nécessite des actes et examens de laboratoire, des soins médicaux et traitements ambulatoires ou une Hospitalisation à l'Etranger, doit contacter AXA Assistance par téléphone directement ou par l'intermédiaire d'une personne agissant en son nom. L'Equipe médicale d'AXA Assistance l'orientera vers la structure adaptée à sa situation et à sa pathologie. Le cas échéant, l'Equipe médicale d'AXA Assistance recherchera une place dans la structure hospitalière retenue en accord avec l'Assuré et dans la mesure des disponibilités.

Article 6. Garantie d'assistance juridique a l'étranger

Si l'Assuré fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'une infraction non intentionnelle à la législation locale survenue hors de son pays de Domicile et intervenue au cours de la vie privée, c'est-à-dire pour des faits sans relation avec l'exercice d'une activité professionnelle, AXA Assistance s'engage à mettre en œuvre les prestations ci-après à son profit :

6.1 Avance de caution pénale

AXA Assistance procède à l'avance, sur présentation d'un dépôt de garantie ou signature d'une reconnaissance de dette, de l'éventuelle caution pénale qui serait exigée par les autorités judiciaires locales pour la libération de l'Assuré ou pour lui permettre d'éviter une incarcération, ceci à concurrence de 15 000 € TTC par Assuré.

Cette avance sera remise directement à l'autorité judiciaire locale ou à tout organisme ou personne désignée par elle.

L'Assuré est tenu :

- de désigner directement AXA Assistance comme destinataire des fonds en cas de remboursement de la caution décidée par l'autorité judiciaire et, en cas de remboursement qui lui est directement adressé, de restituer immédiatement à AXA Assistance le montant remboursé ;
- de rembourser les fonds avancés dans les trente (30) jours de la décision judiciaire devenue exécutoire ;
- en tout état de cause, de rembourser AXA Assistance dans un délai de soixante (60) jours à compter de la date de versement.

6.2 Frais d'avocat

AXA Assistance prend en charge les frais d'avocat dans la limite de 3 000 € TTC par Assuré.

Article 7. Informations et conseils médicaux

7.1 Information et conseils médicaux

L'Equipe médicale d'AXA Assistance peut communiquer à l'Assuré des informations et conseils médicaux, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. AXA Assistance donne tout renseignement d'ordre général dans les domaines suivants :

- Vaccinations ;
- Diététique ;
- Hygiène de vie ;
- Alimentation ;
- Préparation aux voyages.

L'intervention de l'Equipe médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle est la demande, AXA Assistance conseille à l'Assuré de consulter son médecin traitant.

Article 8. Garantie d'assurance bagages

8.1.1 Définitions spécifiques

Bagages : désigne les sacs de voyage, les valises et leur contenu.

Les Objets précieux suivants sont assimilés aux Bagages : les bijoux, les fourrures, argenterie, orfèvrerie en métal précieux, caméras et tout appareil photographique, radiophonique, d'enregistrement ou de reproduction du son ou de l'image ainsi que leurs accessoires.

8.1.2 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet d'indemniser l'Assuré du préjudice matériel qui résulte de la perte des Bagages de l'Assuré par le transporteur, de leur vol ou de leur destruction totale ou partielle.

Cette garantie a pour objet de rembourser les frais de première nécessité en cas de retard de livraison des Bagages supérieur à 6 heures sur le trajet aller.

8.1.3 Conditions d'application de la garantie

En cas de vol, la garantie est acquise pour autant que les Bagages soient sous la surveillance directe de l'Assuré, remisés dans une consigne fermée à clé.

En cas de perte ou de destruction et/ou de retard de livraison par le transporteur, la garantie est acquise pour autant que les Bagages soient enregistrés auprès du transporteur.

8.1.4 Effet et durée

La garantie prend effet à la date de départ de l'Assuré et cesse automatiquement ses effets au moment du retour de l'Assuré à son Domicile.

Les dates de départ (00h00) et de retour (23h59) de voyage sont celles indiquées sur les Titres de transport.

8.1.5 Montant de l'Indemnité et plafond de la garantie

(e) Assurance « Perte, vol, destruction, détérioration Bagages » :

(i) Calcul de l'indemnité

Le montant de l'indemnisation de l'Assuré est calculé :

- En cas de vol, de perte par le transporteur ou de destruction totale des Bagages de l'Assuré : sur la base de la valeur de remplacement, vétusté déduite ;
- En cas de destruction partielle des Bagages de l'Assuré, sur la base du coût de la réparation dans la limite de la valeur de remplacement, vétusté déduite.

(ii) Plafond de garantie

L'Assuré est indemnisé à concurrence des plafonds suivants :

Plafonds par Assuré et par évènement	
Vol, destruction ou perte des Bagages	2 000 € TTC par Assuré
Dont Objets précieux	1 000 € TTC par Assuré
Franchise	30 € par Assuré

(f) Assurance « Retard de livraison de bagages » :

L'Assuré est indemnisé à concurrence des plafonds suivants, quel que soit le nombre de Bagages :

Plafond par Assuré	
Retard de livraison supérieur à 6 heures	150 € TTC

8.1.6 Exclusions spécifiques

Les exclusions générales du présent contrat sont applicables.

En outre, sont exclus :

- Les effets vestimentaires que l'Assuré porte sur lui lors de la survenance du sinistre, les objets ou vêtements dérobés isolément, ainsi que les autoradios ;
- Les espèces, billets de banque, titres et valeurs de toute nature, billets de séjour, documents manuscrits, papiers d'affaires, passeports et autre pièces d'identité ;
- Les parfums, denrées périssables et d'une manière générale la nourriture ;
- Les perles fines, pierres précieuses ou semi-précieuses, lorsqu'elles ne sont pas montées en bijoux,
- Tableaux, objets d'arts ;
- Les prothèses de toute nature, les lunettes et verres de contact ;
- Les biens confiés à des tiers ou qui sont sous la responsabilité d'un tiers tels que dépositaires hôteliers ;
- Les vols commis sans effraction dans tout local à usage d'habitation ne respectant pas les trois conditions suivantes : clos, couvert et fermé à clé ;
- Les vols de toute nature ou destructions dans des hangars, bateaux, tentes, caravanes auvents ou avancées de caravanes, remorques ;
- Les vols commis sans effraction dans tout véhicule non fermé à clé et non clos et commis entre 21 heures et 7 heures ;
- Les vols, ou destructions de Bagages laissés sans surveillance dans un lieu public ;
- La destruction due à l'usure normale ou naturelle ;
- La destruction résultant du coulage de liquides, matières grasses, colorantes, corrosives, inflammables ou explosives faisant partie du contenu des Bagages ;
- La détérioration résultant d'éraflures, de rayures, de déchirures ou de tâches ;
- La destruction des objets fragiles tels que verreries, glaces, porcelaines, terres cuites ; plâtres, statues, céramiques, faïences, cristaux, albâtres, cires, grès, marbre et tous objets similaires ;
- La saisie, l'embargo, la confiscation, la capture, la destruction ou le séquestre, ordonnés par toute autorité publique.

8.1.7 Procédure de déclaration de sinistre

La déclaration doit se faire dans les cinq (5) jours ouvrables ou dans les deux (2) jours ouvrables en cas de vol suivant la connaissance du sinistre. Passé ce délai, si AXA Assistance subi un quelconque préjudice du fait d'une déclaration tardive, l'Assuré perdra tout droit à indemnité.

(g) Eléments nécessaires à la déclaration de sinistre

La déclaration doit comporter les informations suivantes :

- Les noms, prénoms et adresse de l'Assuré ;
- Le numéro du contrat ;
- La date, la cause et les circonstances du vol, de la perte ou de la destruction du retard de livraison des Bagages.

(h) Eléments nécessaires à la constitution du dossier d'indemnisation

AXA Assistance adresse à l'attention de l'Assuré, ou à l'un de ses ayants droit, le dossier d'indemnisation à constituer. Il devra être retourné à AXA Assistance complété en joignant une copie du Contrat et les documents permettant de justifier l'existence des Bagages volés, perdus ou détérioré, ainsi que leur valeur (facture, etc.) ou le retard dans la livraison des Bagages :

En cas de vol des Bagages : le récépissé du dépôt de plainte ou de déclaration de vol établi par les autorités locales compétentes et effectué dans les **48 heures suivant le sinistre**.

En cas de perte des Bagages : l'original du constat des irrégularités faites auprès du transporteur.

En cas de détérioration des Bagages : l'original du constat d'avaries fait auprès du transporteur.

En cas de retard dans la livraison des Bagages :

- Le ticket d'enregistrement des Bagages livrés avec retard par le transporteur ;
- L'original du constat des irrégularités faites auprès du transporteur ;
- L'original du justificatif de la livraison tardive.

8.1.8 Récupération des Bagages volés ou perdus

L'Assuré doit aviser immédiatement AXA Assistance de la récupération de tout ou partie des Bagages volés ou perdus.

Si la récupération a lieu :

- **Avant le paiement de l'indemnité**, l'Assuré doit reprendre possession desdits Bagages. L'indemnisation se limite aux détériorations éventuelles et au remboursement des frais engagés pour récupérer lesdits Bagages ;
- **Après le paiement de l'indemnité**, l'Assuré a trente (30) jours à compter de la récupération pour choisir entre la reprise et le délaissement de tout ou partie des Bagages retrouvés. Passé ce délai, les Bagages deviendront la propriété d'AXA Assistance.

Si l'Assuré reprend les Bagages, AXA Assistance révisé le montant de l'indemnité en fonction de leur valeur au jour de la récupération et l'Assuré devra restituer à AXA Assistance l'éventuel excédent d'indemnité perçu.

8.1.9 Indemnité

Le remboursement est adressé directement à l'Assuré ou à ses ayants droit ou à toute autre personne si l'Assuré en fait la demande à l'écrit.

Article 9. Garantie perte/vol des effets personnels

Si à l'Etranger, l'Assuré perd ou se fait voler ses Titre de transport, papiers d'identité ou ses moyens de paiement, après déclaration auprès des autorités locales compétentes, AXA Assistance peut fournir

à l'Assuré des informations sur les points suivants :

- procédure d'opposition et indication du numéro de téléphone des services d'opposition des différentes cartes que l'Assuré détient ;
- Déclaration de perte ou vol (lieux ou faire les déclarations) ;
- Aide au renouvellement (où se rendre, documents à fournir, adresses, délais d'obtention).

AXA Assistance peut également procéder à une avance de fonds à concurrence de 1 000 € TTC par Assuré afin de permettre à l'Assuré d'effectuer ses achats de première nécessité en contrepartie d'une garantie que l'Assuré ou un tiers aura déposé.

L'Assuré s'engage à rembourser à AXA Assistance l'ensemble des sommes avancées dans un délai de trente (30) jours calculés à partir de la date de mise à disposition des fonds.

Article 10. Exclusions communes à toutes les garanties

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

- 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 frais courants tels que repas ou boissons que l'Assuré aurait normalement supportés pendant votre séjour ;
- les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le séjour ;
- le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce contrat.

De plus, ne pourront donner lieu à notre intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit toutes conséquences :

- 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 ;
- d'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'Assuré ;
- des frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que vous pratiquez ;
- des dommages que l'Assuré a causés ou subis lors de la pratique des sports suivants : bobsleigh, alpinisme ou varappe ;
- de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à un titre non-amateur ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;
- 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 épidémies, tout risque infectieux ou chimique ;**
- **tous les cas de force majeure.**

Article 11. Responsabilité

La responsabilité d'AXA Assistance ne pourra être engagée en cas de dommages à caractère professionnel ou commercial subis par le Souscripteur à la suite d'un incident ayant nécessité la mise en jeu des garanties du présent Contrat.

AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

Enfin, la responsabilité d'AXA Assistance ne pourra être engagée en cas de retards ou empêchements dans l'exécution des garanties du présent Contrat, causés par une grève, une émeute, un mouvement populaire, des représailles, une restriction de la libre circulation, de sabotage, de terrorisme, de guerre civile ou étrangère, de dégagement de chaleur, d'irradiation ou d'effet de souffle provenant de la fission ou de la fusion de l'atome, de radioactivité ou de tout autre cas fortuit ou de force majeure.

Article 12. FAUSSE Déclaration

12.1 Fausse déclaration des éléments constitutifs du risque

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connus du Souscripteur l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances, c'est-à-dire : réduction d'indemnité ou nullité du Contrat (articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances). Les primes déjà payées demeurent acquises à AXA Assistance.

12.2 Fausse déclaration des éléments constitutifs du sinistre

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du sinistre (date, nature, cause, circonstances ou conséquences) connus du Souscripteur l'expose, en cas de mauvaise foi, à la déchéance des garanties du Contrat.

Article 13. PRIME

13.1 Débiteur de la prime

Le Souscripteur, tel que défini sur les Conditions Particulières, s'engage à payer la prime d'assurance afférente aux garanties du présent Contrat.

13.2 Paiement de la prime

La prime d'assurance dont le montant est précisé dans le Bulletin d'adhésion, est réglée soit par chèque, soit par carte bancaire, soit par prélèvement automatique effectué par LMDE pour le compte d'AXA Assistance, sur le compte bancaire désigné à cet effet par le Souscripteur et ce, à compter de l'expiration du délai de renonciation de 14 jours calendaires tel que défini à l'article 13.4.

13.3 Défaut de paiement

En cas de défaut de paiement de la prime ou d'une fraction de la prime dans les 10 jours qui suivent son échéance, LMDE enverra une relance au Souscripteur par lettre recommandée. Si dans les 30 jours qui suivent son envoi, la(les) prime(s) ou la(les) fraction(s) de prime due(s) n'est toujours pas payée, les garanties seront suspendues et si la prime n'est toujours pas réglée dans les 10 jours qui suivent la date de suspension des garanties, AXA Assistance pourra résilier le Contrat.

13.4 Modification de la prime

AXA Assistance s'engage à informer le Souscripteur d'une modification de la prime dans les trois (3) mois qui précèdent la date d'échéance du Contrat. Le Souscripteur peut refuser cette modification et résilier le Contrat en adressera une lettre simple à LMDE à l'adresse précisée en préambule de ce Contrat.

Article 14. VIE DU CONTRAT

14.1 Durée du Contrat et tacite reconduction

Le Contrat est conclu pour une durée maximale de douze (12) mois à compter de la date de la souscription définie ci-dessous, et se renouvelle par tacite reconduction à la date d'expiration pour une durée de douze (12) mois, sauf cessation dans l'un des cas prévus à l'article 13.6.

14.2 Date de souscription

La date de souscription du Contrat est celle indiquée dans les Conditions particulières et correspond à la date de conclusion du Contrat, c'est-à-dire :

- En cas de demande de souscription par téléphone, à la date du contact téléphonique au cours duquel le Souscripteur a donné son consentement à la souscription au présent Contrat ;
- En cas de souscription via le site internet, la souscription est conclue à la date de signature électronique de la demande de souscription au présent Contrat, les informations précontractuelles (notamment celles visées à l'article L 221-18 du Code de la mutualité) ainsi que les Conditions Générales ayant été lues préalablement. Le Souscripteur doit enregistrer sur un support durable les documents précités pour s'y référer en cas de besoin.
- En cas de demande de souscription en face à face, la souscription est conclue à la date de signature des Conditions particulières.

14.3 Date d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet à compter de la Date de souscription telle que définie ci-dessus, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime et des portions de prime lorsque le paiement est fractionné. Les garanties cessent en même temps que la Cessation du Contrat par l'un des cas prévus à l'article 13.6.

14.4 Facultés de renonciation

14.4.1 En cas de démarchage

Conformément à l'article L.112-9 du Code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

La date de conclusion du contrat est définie à l'article 13.2.

Modèle de lettre à adresser à LMDE depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation » ou par courrier recommandé avec accusé de réception à : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9 : « Je soussigné(e) (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à ma souscription n°XXXX. Le (date), signature ».

AXA Assistance rembourse, par l'intermédiaire de LMDE, au Souscripteur, l'intégralité des sommes éventuellement versées dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre – le cachet de la Poste

faisant foi – la souscription et les garanties prennent fin.

14.4.2 **En cas de vente à distance**

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, le Souscripteur peut renoncer au Contrat en notifiant sa décision à la LMDE au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste ou courrier électronique) dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date de souscription précisée sur les Conditions Particulières. Le Souscripteur peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation, ci-dessous, mais ce n'est pas obligatoire. Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que le Souscripteur transmette sa volonté avant l'expiration du délai de renonciation. Toutefois, dès lors que le Souscripteur a déclaré un Sinistre mettant en jeu la garantie, il ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation de sa part, LMDE remboursera, pour le compte d'AXA Assistance, à l'Assuré toutes les primes reçues de sa part sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze (14) jours à compter du jour où LMDE est informé de sa décision de renonciation. LMDE procédera au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui utilisé pour la transaction initiale.

L'exemple de formulaire de renonciation est à renvoyer soit par lettre à l'adresse postale : la LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9; ou par email (depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation ».

Exemple de formulaire :

Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous renoncer au contrat.

FORMULAIRE DE RENONCIATION

Formulaire à nous renvoyer soit par lettre à l'adresse postale depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation » ou par courrier recommandé avec accusé de réception à : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9.

A l'attention de la Direction du Service Adhérent de LMDE.

Je vous notifie par la présente mon souhait de renoncer au contrat LMDE, dont le N ° de souscription est le (XXXXXXXXXXXXXXXXXX).

Nom du souscripteur Prénom du Souscripteur

Date Signature du souscripteur

14.4.3 **En cas de pluralité d'assurance**

Conformément à l'article L112-10 du Code des assurances, le Souscripteur est invité à vérifier qu'il n'est pas déjà bénéficiaire d'une garantie couvrant l'un des risques garantis par le nouveau Contrat. Si tel est le cas, il bénéficiera d'un droit de renonciation à ce Contrat pendant un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter de sa conclusion, sans frais ni pénalités, si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- le Souscripteur a souscrit ce contrat à des fins non professionnelles ;
- ce contrat vient en complément de l'achat d'un bien ou d'un service vendu par un fournisseur ;
- le Souscripteur justifie être déjà couvert pour l'un des risques garantis par ce nouveau contrat ;
- le contrat auquel le Souscripteur souhaite renoncer n'est pas intégralement exécuté;
- le Souscripteur n'a déclaré aucun sinistre garanti par ce contrat.

Dans cette situation, le Souscripteur peut exercer son droit à renoncer à ce contrat par lettre ou tout autre support durable adressé à l'assureur du nouveau contrat, accompagné d'un document justifiant qu'il bénéficie déjà d'une garantie pour l'un des risques garantis par le nouveau contrat.

L'assureur est tenu de rembourser au Souscripteur la prime payée, dans un délai de trente (30) jours à compter de sa renonciation.

Si le Souscripteur souhaite renoncer à son contrat mais qu'il ne remplit pas l'ensemble des conditions ci-dessus, il doit vérifier les conditions de renonciation prévues dans son contrat.

14.5 Modifications de votre Contrat

Le Souscripteur doit informer LMDE depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation » ou par courrier recommandé avec accusé de réception à : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9, de tout changement de nom et/ou des informations personnelles du Souscripteur et/ou de coordonnées du compte bancaire sur lequel la prime est prélevée.

14.6 Cessation du Contrat

Le Contrat prend fin dans les cas suivants.

- En cas de résiliation du contrat de complémentaire santé LMDE ;
- En cas d'utilisation par le Souscripteur de sa faculté de renonciation, à la date d'envoi de la lettre, le cachet de la porte faisant foi ;
- En cas de résiliation par AXA Assistance pour non-paiement de la prime (en application des dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances) dans les conditions définies à l'article 12.3 ;
- En cas de résiliation par le Souscripteur pour refus de la prime modifiée dans les conditions définies à l'article 12.4 ;
- En cas de décès du Souscripteur, ses ayants droits devant informer LMDE par écrit depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation » ou par courrier recommandé avec accusé de réception à : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9. La résiliation prend alors effet à la date du décès ;
- Dans tous les autres cas prévus par la réglementation applicable.

14.7 Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 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 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 (10) ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires de droit commun visée ci-après :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de la saisine de la juridiction est annulé par le fait d'un vice de procédure ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur ;

La prescription est également interrompue par des causes spécifiques au contrat d'assurance visées ci-après:

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la souscription ou par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

La prescription est également suspendue lorsque la partie est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

14.8 Cumuls d'assurances

Conformément aux dispositions de l'article L.121-4 du Code des assurances, quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, chacune d'elle produit ses effets dans les limites des garanties de chaque contrat et dans le respect des dispositions de l'Article L.121-1 du Code des assurances.

14.9 Subrogation d'AXA Assistance dans les droits et actions de l'Assuré

Conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, AXA Assistance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'Assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à l'indemnisation d'AXA Assistance.

Article 15. DISPOSITIONS DIVERSES

15.1 Compétence judiciaire

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du Contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

15.2 Langue

La langue utilisée pendant la durée du présent Contrat est la langue française.

15.3 Loi informatique et libertés

Dans le cadre du contrôle de la qualité des services rendus, les conversations téléphoniques entre le Souscripteur ou l'Assuré et AXA Assistance peuvent être enregistrées.

Les informations concernant le Souscripteur sont destinées à l'usage interne d'AXA 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, conformément aux articles 32 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978.

Certains des destinataires des données sont situés en dehors de l'union européenne, et en particulier les destinataires suivants : AXA Business Services situé en Inde et AXA Assistance Maroc Services situé au Maroc. AXA Assistance garantit que toutes les mesures sont prises pour assurer un bon niveau de protection des données.

AXA Assistance est soumise aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, elle met en œuvre un traitement de surveillance des Contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément à l'autorisation unique de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) du 16 Juin 2011.

De plus, les données personnelles du Souscripteur pourront être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude que la CNIL a autorisé AXA Assistance à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Le Souscripteur dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données le concernant, en s'adressant au Service Juridique d'AXA Assistance situé 6, rue André Gide – 92320 Châtillon.

15.4 Réclamation et médiation

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

Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, le Souscripteur peut 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, le Souscripteur peut 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

CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT d'assistance N°0803451 PACK LMDE INTERNATIONAL

A QUOI CORRESPOND VOTRE CONTRAT PACK LMDE INTERNATIONAL ?

Le Contrat **PACK LMDE INTERNATIONAL** est un Contrat d'assurance régi par le Code des assurances français.

QUI SONT LES ACTEURS/INTERVENANTS DE VOTRE CONTRAT ?

Pour les garanties d'assistance :

Le Contrat PACK LMDE INTERNATIONAL est **assuré** par **INTER PARTNER Assistance (IPA)**, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 166 Avenue Louise – 1050 Ixelles – Bruxelles Capitale – Belgique, **prise au travers de sa succursale française** immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon. INTER PARTNER Assistance intervient, dans le cadre de ce contrat, sous la marque **AXA Assistance**.

Il est **souscrit par l'intermédiaire** de La Mutuelle des Etudiants (« LMDE »), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 431 791 672 et dont le siège social est situé 32 rue Blanche 75009 Paris

DE QUOI EST COMPOSE VOTRE CONTRAT ?

Votre Contrat PACK LMDE INTERNATIONAL est composé :

- des présentes Conditions Générales qui détaillent les garanties, leurs conditions de mise en œuvre et leurs limites, ainsi que le fonctionnement du Contrat.
- et du Bulletin d'adhésion, qui personnalisent le Contrat avec les informations personnelles que vous avez communiquées au moment de la souscription et des éventuelles modifications apportées en cours de contrat.

QUEL EST L'OBJET DE VOTRE CONTRAT ?

Le Contrat PACK LMDE INTERNATIONAL a pour objet de vous apporter une aide immédiate lorsque vous vous trouvez en difficulté au cours d'un Voyage.

QUI DEVEZ-VOUS CONTACTER EN CAS DE SINISTRES ?

Pour bénéficier des garanties d'assistance de votre Contrat, vous **devez contacter immédiatement AXA Assistance**, avant de prendre l'initiative d'avancer des frais **au :**

+33 1 70 95 94 60

(24 heures sur 24 et 7 jours sur 7).

Article 15.

Définitions

Pour une meilleure compréhension, les mots ou expressions commençant par une majuscule ont la signification qui suit, dans les présentes Conditions Générales :

- « **Assurés[s]** » : désigne le Souscripteur et ses ayants droit.
- « **Atteinte corporelle** » : Accident corporel ou Maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie d' l'Assuré ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation majeure de son état de santé si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués immédiatement.

Par Accident corporel, on entend toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure, imprévisible et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Par Maladie, on entend toute altération soudaine et imprévisible de la santé de l'Assuré constatée par une Autorité médicale.
- « **Autorité médicale** » : désigne toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où l'Assuré se trouve.
- « **Contrat** » : désigne le présent contrat d'assurance et d'assistance composé des Conditions générales et du Bulletin d'adhésion telles que définies en préambule.
- « **Domicile** » : lieu de résidence principale et habituelle du Souscripteur tel que déclaré sur le Bulletin d'adhésion. Il est situé en France.
- « **Equipe médicale** » : structure d'assistance médicale qu'AXA Assistance met à disposition et adapte à chaque cas particulier.
- « **Etranger** » : tout pays en dehors du pays de Domicile de l'Assuré.
- « **Evènements garantis** » : désigne les évènements fortuits couverts par le présent Contrat.
- « **Force Majeure** » : Evénement échappant au contrôle du débiteur, qui ne pouvait être raisonnablement prévu lors de la conclusion du contrat et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, qui empêche l'exécution de son obligation par le débiteur.
- « **Frais de séjour** » : Frais d'hôtels (petit-déjeuner inclus) et de taxi nécessaires à la mise en œuvre des prestations qu'AXA Assistance organise et prend en charge au titre du présent Contrat. Toute solution de logement provisoire qu'AXA Assistance n'aurait pas organisée ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.
- « **France** » : désigne la France métropolitaine et les DOM.
- « **Hospitalisation** » : séjour imprévu, d'une durée supérieure à 24 heures (une nuité minimum), dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une Atteinte corporelle. Le séjour est considéré comme imprévu lorsqu'il n'a pas été programmé plus de cinq (5) jours avant le début de l'Hospitalisation.
- « **Information Confidentielle** » : sauf dispositions expresses contraires dans le Contrat, toute information ou donnée de nature financière, technique ou commerciale, soit identifiée comme étant confidentielle, soit à caractère manifestement sensible, soit dont la connaissance peut conférer un avantage à l'autre Partie, divulguée par une des Parties à l'autre, à l'occasion de l'exécution du Contrat, ou encore toute information concernant les Assurés. Ne sont pas considérées comme confidentielles les informations pour lesquelles la Partie destinataire peut apporter la preuve qu'elles étaient dans le domaine public préalablement à leur divulgation ou après celle-ci mais dans ce cas en l'absence de toute faute qui lui soit imputable ; ou qu'elles sont déjà connues ou en possession de celle-ci, cette connaissance préalable pouvant être démontrée par l'existence de documents appropriés dans ses dossiers ; ou qu'elles ont été reçues d'un tiers de manière licite, sans restriction ni violation du Contrat ; ou qu'elles ont été publiées par un tiers sans contrevenir aux dispositions du Contrat ; ou qu'elles sont le résultat de développements internes entrepris de bonne foi par des membres de son personnel n'ayant pas eu accès à ces Informations Confidentielles ; ou que la divulgation a été autorisée par écrit par l'autre Partie.

- « **Membre de la famille** » : désigne les ascendants, descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée à l'Assuré par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs de l'Assuré.
- « **Proche** » : désigne toute personne physique nommément désignée par l'Assuré ou l'un de ses ayants droit et domiciliée en France.
- « **Souscripteur** » : désigne la personne physique inscrite dans un établissement d'enseignement supérieur en France et affiliée auprès de la LMDE ou auprès d'un régime de sécurité sociale français. Le Souscripteur s'engage à payer les primes afférentes au présent Contrat.
- « **Structure médicale** » : structure publique ou privée adaptée à chaque cas particulier et définie par notre Equipe médicale.
- « **Téléconsultation** » : consultation médicale par téléphone.
- « **Territorialité** » : Les garanties s'exercent dans le monde entier sauf stipulations contractuelles contraires.
- « **Titre de transport** » : Dans le cadre des transports publics de voyageurs, il désigne le document qui permet à l'Assuré de justifier du paiement du transport.
- « **Voyage** » : désigne le Voyage qui se déroule à l'Etranger, y compris les stages d'études et séjours linguistiques et touristiques. La durée du Voyage ne peut excéder neuf (9) mois consécutifs.
- « **Zone géographique** » : La zone géographique correspond à la zone de Voyage de l'Assuré, elle est précisée sur le Bulletin d'adhésion.

Les zones géographiques sont définies de la façon suivante:

- La **Zone (E)** désigne **l'Europe et le Bassin Méditerranéen** : France, Principautés d'Andorre et de Monaco, Albanie, Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Kosovo, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Islande, Norvège, Liechtenstein, Suisse, Algérie, Égypte, Jordanie, Liban, Biélorussie, Bosnie Herzégovine, Bulgarie, Estonie, Israël, Macédoine, Maroc, Moldavie, Monténégro, Serbie, Tunisie, Turquie, Ukraine.
- La **Zone (M)** désigne le **Monde entier**.

Article 16. Garanties d'assistance aux personnes

16.1 Rapatriement médical

L'Equipe médicale d'AXA Assistance contacte les médecins traitants sur place et prend les décisions les plus adaptées à l'état de santé de l'Assuré en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'Equipe médicale d'AXA Assistance recommande le rapatriement de l'Assuré vers une Structure médicale ou son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge sa réalisation.

Si l'Assuré est hospitalisé dans une Structure médicale hors du secteur hospitalier de son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge son transfert vers son Domicile.

Le choix de la destination de rapatriement, du lieu d'Hospitalisation, de la date, de la nécessité d'un accompagnement et des moyens utilisés pour le rapatriement relèvent exclusivement de la décision de l'Equipe médicale d'AXA Assistance.

Tout refus de la solution proposée par l'Equipe médicale d'AXA Assistance entraîne la déchéance des garanties d'assistance médicales.

16.2 Envoi d'un médecin auprès de l'Assuré à l'Etranger

Si les circonstances l'exigent, l'Equipe médicale d'AXA Assistance peut décider d'envoyer un médecin auprès de l'Assuré afin de mieux juger des mesures à prendre en vue de son rapatriement.

16.3 Frais de séjour supplémentaires

Si l'Assuré est hospitalisé ou que l'Equipe médicale d'AXA Assistance préconise une prolongation de son séjour sur place en raison de son état de santé, AXA Assistance organise et prend en charge les Frais de séjour supplémentaires :

- De l'Assuré et d'un Proche ou d'un Membre de la famille assuré qui reste auprès de lui en cas d'immobilisation sur place ;
- D'un Proche ou Membre de la famille qui reste auprès de l'Assuré s'il est hospitalisé.

La prise en charge d'AXA Assistance s'effectue jusqu'à la date du rapatriement de l'Assuré sans pouvoir excéder cinq (5) nuits consécutives à concurrence de 80 € TTC par nuit et par Assuré.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie Visite d'un proche.

16.4 Visite d'un Proche

Si l'Assuré est hospitalisé plus de trois (3) jours consécutifs (hospitalisation sans franchise en jours d'hospitalisation s'il s'agit d'un enfant mineur ou si le pronostic vital est engagé), AXA Assistance organise et prend en charge le transport aller/retour et les frais de séjour sur place d'un Membre de sa famille ou d'un Proche (2 titres de transport s'il s'agit d'un enfant mineur) afin qu'il se rende auprès de lui.

La prise en charge d'AXA Assistance s'effectue jusqu'à la date du rapatriement sans pouvoir excéder cinq (5) nuits consécutives à concurrence de 80 € TTC par nuit et par Assuré.

16.5 Retour anticipé

Si la présence de l'Assuré est requise à la suite du décès ou de l'Hospitalisation de plus de trois (3) jours dans son Pays de Domicile d'un Membre de sa famille (Hospitalisation sans franchise si le pronostic vital est engagé ou si elle concerne un enfant mineur), AXA Assistance organise et prend en charge le trajet aller/retour de l'Assuré étant entendu **que le trajet aller doit se faire dans un délai de huit (8) jours à compter de la date d'Hospitalisation ou de décès.**

16.6 Rapatriement en cas de décès

AXA Assistance organise et prend en charge le rapatriement du corps de l'Assuré ou de ses cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans son pays de Domicile.

AXA Assistance prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport.

Les frais de cercueil liés au transport sont en pris en charge à hauteur de 1 500 € TTC.

Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille du défunt.

16.7 Présence d'un Proche en cas de décès

Si l'Assuré était seul sur place et que la présence d'un Membre de la famille ou d'un Proche s'avère nécessaire pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, AXA Assistance organise et prend en charge son transport aller/retour ainsi que ses Frais de séjour sur place pour une durée de trois (3) nuits consécutives à concurrence de 80 € TTC par nuit et par Assuré.

16.8 Envoi de médicaments à l'Etranger

Si, à l'Etranger, l'Assuré ne trouve pas les médicaments prescrits avant le départ par son médecin traitant et indispensables à son état de santé, AXA Assistance organise et prend en charge les frais d'expédition jusqu'à son lieu de Voyage.

Le coût des médicaments et les frais de dédouanement restent à la charge de l'Assuré.

AXA Assistance procède à l'avance des frais de médicaments et de dédouanement en contrepartie d'une garantie que l'Assuré ou un tiers aura déposée.

16.9 Envoi de lunettes, lentilles ou prothèses auditives à l'Etranger

En cas de bris, perte ou vol à l'étranger de vos lunettes, lentilles de contact ou prothèses auditives, AXA Assistance organise leur réfection et prend en charge les frais d'expédition vers le lieu de Voyage de l'Assuré.

Les frais de réfection et de dédouanement restent à la charge de l'Assuré.

AXA Assistance peut éventuellement procéder à l'avance des frais de réfection, dans ce cas, l'Assuré est tenu :

- de restituer immédiatement à AXA Assistance le montant remboursé en cas de remboursement qui lui est directement adressé ;
- de rembourser les fonds avancés dans les trente (30) jours à compter de la date d'expédition ;
- en tout état de cause, de rembourser AXA Assistance dans un délai de soixante (60) jours à compter de la date de versement.

16.10 Assistance psychologique

En cas de traumatisme survenu à l'Etranger à la suite d'une agression physique ou d'un événement familial grave, AXA Assistance peut mettre l'Assuré en relation avec un psychologue clinicien. AXA Assistance peut aussi organiser et prendre en charge trois (3) consultations de 30 minutes avec un psychologue clinicien dans un délai de six (6) mois à compter de la survenance du traumatisme. La demande d'assistance psychologique doit être formulée dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de survenance du traumatisme.

16.11 Exclusions spécifiques aux garanties d'assistance médicale

Sont exclus et ne pourront donner lieu à notre intervention, 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 ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- la chirurgie esthétique ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;

- les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;
- les transports répétitifs nécessités par son état de santé.

Article 17. Assurance frais de recherche et de secours

17.1 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le remboursement des frais de recherche et de secours engagés pour localiser l'Assuré et l'évacuer au centre d'accueil le plus proche, par des sociétés dûment agréées, habilitées et dotées des moyens nécessaires.

17.2 Avance de frais de recherche et de secours

AXA Assistance procédera à l'avance de ces frais pour le compte de l'Assuré, à concurrence des plafonds définis au paragraphe « 3.4 Plafond de garantie ».

17.3 Effet et durée de la garantie

La garantie prend effet à la date de départ (00H00) et cesse automatiquement ses effets à la date de retour (23h59) indiquées par le Souscripteur.

17.4 Plafond de garantie

La prise en charge d'AXA Assistance ne peut excéder 3 500 euros par Assuré.

17.5 Procédure de déclaration

17.5.1 Eléments nécessaires à la déclaration de sinistre

La déclaration doit comporter les informations suivantes :

- Les noms, prénoms et adresse de l'Assuré ;
- Le numéro de Contrat ;
- La date, les causes et les circonstances du sinistre.

17.5.2 Eléments nécessaires à la constitution du dossier d'indemnisation

AXA Assistance adresse à l'attention de l'Assuré ou à celle de l'un de ses ayants droit le dossier d'indemnisation à constituer.

Celui-ci devra être retourné à AXA Assistance en joignant une copie du Contrat ainsi que les factures originales acquittées des frais de recherche et de secours.

17.6 Exclusions spécifiques à la garantie

Les exclusions communes à toutes les garanties et les exclusions spécifiques à l'assistance médicale sont applicables.

En outre, ne pourront donner lieu ni à avance, ni à remboursement, ni à prise en charge :

- Les frais de recherche et des secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que l'Assuré pratique ;
- Les frais de recherche et de secours engendrés par la pratique d'un sport professionnel, la participation à une expédition ou une compétition.

17.7 Remboursement

Le remboursement est adressé directement à l'Assuré ou à ses ayants droit ou à toute autre personne si l'Assuré en fait la demande par écrit. Le remboursement s'effectue en euros sur la base du taux de change en vigueur à la date du paiement.

Article 18. Avance des frais d'hospitalisation a l'étranger pour le compte de LMDE

En cas d'Hospitalisation, et si l'Assuré ou l'un de ses ayants droit en fait la demande, AXA Assistance peut avancer les frais d'hospitalisation pour le compte de LMDE à concurrence de 150 000 euros par Assuré et par période de garantie.

Cette prestation est acquise uniquement aux Assurés affilié à LMDE, c'est-à-dire ayant choisi la LMDE comme centre de sécurité sociale.

Cette prestation est acquise selon les conditions et limites prévues dans les présentes.

Article 19. Accès au réseau de soins AXA Assistance à l'étranger

Le réseau de soins est constitué de Structures médicales et hospitalières à l'Etranger référencées par AXA Assistance sur des critères de compétences techniques et humaines propres à chaque pays.

L'Assuré dont l'état nécessite des actes et examens de laboratoire, des soins médicaux et traitements ambulatoires ou une Hospitalisation à l'Etranger, doit contacter AXA Assistance par téléphone directement ou par l'intermédiaire d'une personne agissant en son nom.

L'Equipe médicale d'AXA Assistance l'orientera vers la structure adaptée à sa situation et à sa pathologie.

Le cas échéant, l'Equipe médicale d'AXA Assistance recherchera une place dans la structure hospitalière retenue en accord avec l'Assuré et dans la mesure des disponibilités.

Article 20. Garantie d'assistance juridique a l'étranger

Si l'Assuré fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'une infraction non intentionnelle à la législation locale survenue hors de son pays de Domicile et intervenue au cours de la vie privée, c'est-à-dire pour des faits sans relation avec l'exercice d'une activité professionnelle, AXA Assistance s'engage à mettre en œuvre les prestations ci-après à son profit :

20.1 Avance de caution pénale

AXA Assistance procède à l'avance, sur présentation d'un dépôt de garantie ou signature d'une reconnaissance de dette, de l'éventuelle caution pénale qui serait exigée par les autorités judiciaires locales pour la libération de l'Assuré ou pour lui permettre d'éviter une incarcération, ceci à concurrence de 15 000 € TTC par Assuré.

Cette avance sera remise directement à l'autorité judiciaire locale ou à tout organisme ou personne désignée par elle.

L'Assuré est tenu :

- de désigner directement AXA Assistance comme destinataire des fonds en cas de remboursement de la caution décidée par l'autorité judiciaire et, en cas de remboursement qui lui est directement adressé, de restituer immédiatement à AXA Assistance le montant remboursé ;
- de rembourser les fonds avancés dans les trente (30) jours de la décision judiciaire devenue exécutoire ;
- en tout état de cause, de rembourser AXA Assistance dans un délai de soixante (60) jours à compter de la date de versement.

20.2 Frais d'avocat

AXA Assistance prend en charge les frais d'avocat dans la limite de 3 000 € TTC par Assuré.

Article 21. Informations et conseils médicaux

21.1 Information et conseils médicaux

L'Equipe médicale d'AXA Assistance peut communiquer à l'Assuré des informations et conseils médicaux, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. AXA Assistance donne tout renseignement d'ordre général dans les domaines suivants :

- Vaccinations ;
- Diététique ;
- Hygiène de vie ;
- Alimentation ;
- Préparation aux voyages.

L'intervention de l'Equipe médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle est la demande, AXA Assistance conseille à l'Assuré de consulter son médecin traitant.

Article 22. Garantie d'assurance bagages

22.1.1 Définitions spécifiques

Bagages : désigne les sacs de voyage, les valises et leur contenu.

Les Objets précieux suivants sont assimilés aux Bagages : les bijoux, les fourrures, argenterie, orfèvrerie en métal précieux, caméras et tout appareil photographique, radiophonique, d'enregistrement ou de reproduction du son ou de l'image ainsi que leurs accessoires.

22.1.2 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet d'indemniser l'Assuré du préjudice matériel qui résulte de la perte des Bagages de l'Assuré par le transporteur, de leur vol ou de leur destruction totale ou partielle.

Cette garantie a pour objet de rembourser les frais de première nécessité en cas de retard de livraison des Bagages supérieur à 6 heures sur le trajet aller.

22.1.3 Conditions d'application de la garantie

En cas de vol, la garantie est acquise pour autant que les Bagages soient sous la surveillance directe de l'Assuré, remisés dans une consigne fermée à clé.

En cas de perte ou de destruction et/ou de retard de livraison par le transporteur, la garantie est acquise pour autant que les Bagages soient enregistrés auprès du transporteur.

22.1.4 Effet et durée

La garantie prend effet à la date de départ de l'Assuré et cesse automatiquement ses effets au moment du retour de l'Assuré à son Domicile.

Les dates de départ (00h00) et de retour (23h59) de voyage sont celles indiquées sur les Titres de transport.

22.1.5 Montant de l'Indemnité et plafond de la garantie

(i) Assurance « Perte, vol, destruction, détérioration Bagages » :

(i) Calcul de l'indemnité

Le montant de l'indemnisation de l'Assuré est calculé :

- En cas de vol, de perte par le transporteur ou de destruction totale des Bagages de l'Assuré : sur la base de la valeur de remplacement, vétusté déduite ;
- En cas de destruction partielle des Bagages de l'Assuré, sur la base du coût de la réparation dans la limite de la valeur de remplacement, vétusté déduite.

(ii) Plafond de garantie

L'Assuré est indemnisé à concurrence des plafonds suivants :

Plafonds par Assuré et par évènement	
Vol, destruction ou perte des Bagages	2 000 € TTC par Assuré
Dont Objets précieux	1 000 € TTC par Assuré
Franchise	30 € par Assuré

(j) Assurance « Retard de livraison de bagages » :

L'Assuré est indemnisé à concurrence des plafonds suivants, quel que soit le nombre de Bagages :

Plafond par Assuré	
Retard de livraison supérieur à 6 heures	150 € TTC

22.1.6 Exclusions spécifiques

Les exclusions générales du présent contrat sont applicables.

En outre, sont exclus :

- Les effets vestimentaires que l'Assuré porte sur lui lors de la survenance du sinistre, les objets ou vêtements dérobés isolément, ainsi que les autoradios ;
- Les espèces, billets de banque, titres et valeurs de toute nature, billets de séjour, documents manuscrits, papiers d'affaires, passeports et autre pièces d'identité ;
- Les parfums, denrées périssables et d'une manière générale la nourriture ;
- Les perles fines, pierres précieuses ou semi-précieuses, lorsqu'elles ne sont pas montées en bijoux,
- Tableaux, objets d'arts ;
- Les prothèses de toute nature, les lunettes et verres de contact ;
- Les biens confiés à des tiers ou qui sont sous la responsabilité d'un tiers tels que dépositaires hôteliers ;
- Les vols commis sans effraction dans tout local à usage d'habitation ne respectant pas les trois conditions suivantes : clos, couvert et fermé à clé ;
- Les vols de toute nature ou destructions dans des hangars, bateaux, tentes, caravanes auvents ou avancées de caravanes, remorques ;
- Les vols commis sans effraction dans tout véhicule non fermé à clé et non clos et commis entre 21 heures et 7 heures ;
- Les vols, ou destructions de Bagages laissés sans surveillance dans un lieu public ;

- La destruction due à l'usure normale ou naturelle ;
- La destruction résultant du coulage de liquides, matières grasses, colorantes, corrosives, inflammables ou explosives faisant partie du contenu des Bagages ;
- La détérioration résultant d'éraflures, de rayures, de déchirures ou de tâches ;
- La destruction des objets fragiles tels que verreries, glaces, porcelaines, terres cuites ; plâtres, statues, céramiques, faïences, cristaux, albâtres, cires, grès, marbre et tous objets similaires ;
- La saisie, l'embargo, la confiscation, la capture, la destruction ou le séquestre, ordonnés par toute autorité publique.

22.1.7 Procédure de déclaration de sinistre

La déclaration doit se faire dans les cinq (5) jours ouvrables ou dans les deux (2) jours ouvrables en cas de vol suivant la connaissance du sinistre. Passé ce délai, si AXA Assistance subi un quelconque préjudice du fait d'une déclaration tardive, l'Assuré perdra tout droit à indemnité.

(k) Eléments nécessaires à la déclaration de sinistre

La déclaration doit comporter les informations suivantes :

- Les noms, prénoms et adresse de l'Assuré ;
- Le numéro du contrat ;
- La date, la cause et les circonstances du vol, de la perte ou de la destruction du retard de livraison des Bagages.

(l) Eléments nécessaires à la constitution du dossier d'indemnisation

AXA Assistance adresse à l'attention de l'Assuré, ou à l'un de ses ayants droit, le dossier d'indemnisation à constituer. Il devra être retourné à AXA Assistance complété en joignant une copie du Contrat et les documents permettant de justifier l'existence des Bagages volés, perdus ou détérioré, ainsi que leur valeur (facture, etc.) ou le retard dans la livraison des Bagages :

En cas de vol des Bagages : le récépissé du dépôt de plainte ou de déclaration de vol établi par les autorités locales compétentes et effectué dans les **48 heures suivant le sinistre**.

En cas de perte des Bagages : l'original du constat des irrégularités faites auprès du transporteur.

En cas de détérioration des Bagages : l'original du constat d'avaries fait auprès du transporteur.

En cas de retard dans la livraison des Bagages :

- Le ticket d'enregistrement des Bagages livrés avec retard par le transporteur ;
- L'original du constat des irrégularités faites auprès du transporteur ;
- L'original du justificatif de la livraison tardive.

22.1.8 Récupération des Bagages volés ou perdus

L'Assuré doit aviser immédiatement AXA Assistance de la récupération de tout ou partie des Bagages volés ou perdus.

Si la récupération a lieu :

- **Avant le paiement de l'indemnité**, l'Assuré doit reprendre possession desdits Bagages. L'indemnisation se limite aux détériorations éventuelles et au remboursement des frais engagés pour récupérer lesdits Bagages ;
- **Après le paiement de l'indemnité**, l'Assuré a trente (30) jours à compter de la récupération pour choisir entre la reprise et le délaissement de tout ou partie des Bagages retrouvés. Passé ce délai, les Bagages deviendront la propriété d'AXA Assistance.

Si l'Assuré reprend les Bagages, AXA Assistance révisé le montant de l'indemnité en fonction de leur valeur au jour de la récupération et l'Assuré devra restituer à AXA Assistance l'éventuel excédent d'indemnité perçu.

22.1.9 Indemnité

Le remboursement est adressé directement à l'Assuré ou à ses ayants droit ou à toute autre personne si l'Assuré en fait la demande à l'écrit.

Article 23. Exclusions communes à toutes les garanties

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

- 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 frais courants tels que repas ou boissons que l'Assuré aurait normalement supportés pendant votre séjour ;
- les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le séjour ;
- le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce contrat.

De plus, ne pourront donner lieu à notre intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit toutes conséquences :

- 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 ;
- d'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'Assuré ;
- des frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que vous pratiquez ;
- des dommages que l'Assuré a causés ou subis lors de la pratique des sports suivants : bobsleigh, alpinisme ou varappe ;
- de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à un titre non-amateur ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;
- 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 épidémies, tout risque infectieux ou chimique ;
- tous les cas de force majeure.

Article 24. Responsabilité

La responsabilité d'AXA Assistance ne pourra être engagée en cas de dommages à caractère professionnel ou commercial subis par le Souscripteur à la suite d'un incident ayant nécessité la mise en jeu des garanties du présent Contrat.

AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

Enfin, la responsabilité d'AXA Assistance ne pourra être engagée en cas de retards ou empêchements dans l'exécution des garanties du présent Contrat, causés par une grève, une émeute, un mouvement populaire, des représailles, une restriction de la libre circulation, de sabotage, de terrorisme, de guerre civile ou étrangère, de dégagement de chaleur, d'irradiation ou d'effet de souffle provenant de la fission ou de la fusion de l'atome, de radioactivité ou de tout autre cas fortuit ou de force majeure.

Article 25. FAUSSE Déclaration

25.1 Fausse déclaration des éléments constitutifs du risque

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connus du Souscripteur l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances, c'est-à-dire : réduction d'indemnité ou nullité du Contrat (articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances). Les primes déjà payées demeurent acquises à AXA Assistance.

25.2 Fausse déclaration des éléments constitutifs du sinistre

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du sinistre (date, nature, cause, circonstances ou conséquences) connus du Souscripteur l'expose, en cas de mauvaise foi, à la déchéance des garanties du Contrat.

Article 26. PRIME

26.1 Débiteur de la prime

Le Souscripteur, tel que défini sur les Bulletins d'adhésion, s'engage à payer la prime d'assurance afférente aux garanties du présent Contrat.

26.2 Paiement de la prime

La prime d'assurance dont le montant est précisé dans les Bulletins d'adhésion, est réglée soit par chèque, soit par carte bancaire, soit par prélèvement automatique effectué par la LMDE pour le compte d'AXA Assistance, sur le compte bancaire désigné à cet effet par le Souscripteur et ce, à compter de l'expiration du délai de renonciation de 14 jours calendaires tel que défini à l'article 13.4.

26.3 Défaut de paiement

En cas de défaut de paiement de la prime ou d'une fraction de la prime dans les 10 jours qui suivent son échéance, la LMDE enverra une relance au Souscripteur par lettre recommandée. Si dans les 30 jours qui suivent son envoi, la(les) prime(s) ou la(les) fraction(s) de prime due(s) n'est toujours pas payée, les garanties seront suspendues et si la prime n'est toujours pas réglée dans les 10 jours qui suivent la date de suspension des garanties, AXA Assistance pourra résilier le Contrat.

26.4 Modification de la prime

AXA Assistance s'engage à informer le Souscripteur d'une modification de la prime dans les trois (3) mois qui précèdent la date d'échéance du Contrat. Le Souscripteur peut refuser cette modification et résilier le Contrat en adressera une lettre simple à la LMDE à l'adresse précisée en préambule de ce Contrat.

Article 27. VIE DU CONTRAT

27.1 Durée du Contrat et tacite reconduction

Le Contrat est conclu pour une durée maximale de neuf (9) mois à compter de la date de la souscription définie ci-dessous, sauf cessation dans l'un des cas prévus à l'article 13.6.

27.2 Date de souscription

La date de souscription du Contrat est celle indiquée dans le Bulletin d'adhésion et correspond à la date de conclusion du Contrat, c'est-à-dire :

- En cas de demande de souscription par téléphone, à la date du contact téléphonique au cours duquel le Souscripteur a donné son consentement à la souscription au présent Contrat ;
- En cas de souscription via le site internet, la souscription est conclue à la date de signature électronique de la demande de souscription au présent Contrat, les informations précontractuelles (notamment celles visées à l'article L 221-18 du Code de la mutualité) ainsi que les Conditions Générales ayant été lues préalablement. Le Souscripteur doit enregistrer sur un support durable les documents précités pour s'y référer en cas de besoin.
- En cas de demande de souscription en face à face, la souscription est conclue à la date de signature du Bulletin d'adhésion.

27.3 Date d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet à compter de la Date de souscription telle que définie ci-dessus, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime et des portions de prime lorsque le paiement est fractionné. Les garanties cessent en même temps que la Cessation du Contrat par l'un des cas prévus à l'article 13.6.

27.4 Facultés de renonciation

27.4.1 En cas de démarchage

Conformément à l'article L.112-9 du Code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

La date de conclusion du contrat est définie à l'article 13.2.

Modèle de lettre à adresser à la LMDE depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître

les modalités de résiliation » ou par courrier recommandé avec accusé de réception à : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9: « Je soussigné(e) (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à ma souscription n°XXXX. Le (date), signature ».

AXA Assistance rembourse, par l'intermédiaire de la LMDE, au Souscripteur, l'intégralité des sommes éventuellement versées dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre – le cachet de la Poste faisant foi – la souscription et les garanties prennent fin.

27.4.2 **En cas de vente à distance**

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, le Souscripteur peut renoncer au Contrat en notifiant sa décision à la LMDE au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste ou courrier électronique) dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date de souscription précisée sur le Bulletin d'adhésion. Le Souscripteur peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation, ci-dessous, mais ce n'est pas obligatoire.

Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que le Souscripteur transmette sa volonté avant l'expiration du délai de renonciation. Toutefois, dès lors que le Souscripteur a déclaré un Sinistre mettant en jeu la garantie, il ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation de sa part, la LMDE remboursera, pour le compte d'AXA Assistance, à l'Assuré toutes les primes reçues de sa part sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze (14) jours à compter du jour où la LMDE est informé de sa décision de renonciation. La LMDE procédera au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui utilisé pour la transaction initiale.

L'exemple de formulaire de renonciation est à renvoyer soit par lettre à l'adresse postale : la LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9 ou par mail depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation ». Exemple de formulaire : *Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous renoncer au contrat.*

FORMULAIRE DE RENONCIATION

Formulaire à nous renvoyer depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation » ou par courrier recommandé avec accusé de réception à : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9A l'attention de la Direction du Service Adhérents de la LMDE.

Je vous notifie par la présente mon souhait de renoncer au contrat la LMDE, dont le N ° de souscription est le (XXXXXXXXXXXXXXXXXX).

Nom du souscripteur Prénom du Souscripteur

Date Signature du souscripteur

27.4.3 **En cas de pluralité d'assurance**

Conformément à l'article L112-10 du Code des assurances, le Souscripteur est invité à vérifier qu'il n'est pas déjà bénéficiaire d'une garantie couvrant l'un des risques garantis par le nouveau Contrat. Si tel est le cas, il bénéficiera d'un droit de renonciation à ce Contrat pendant un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter de sa conclusion, sans frais ni pénalités, si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- le Souscripteur a souscrit ce contrat à des fins non professionnelles ;
- ce contrat vient en complément de l'achat d'un bien ou d'un service vendu par un fournisseur ;
- le Souscripteur justifie être déjà couvert pour l'un des risques garantis par ce nouveau contrat
- le contrat auquel le Souscripteur souhaite renoncer n'est pas intégralement exécuté;
- le Souscripteur n'a déclaré aucun sinistre garanti par ce contrat.

Dans cette situation, le Souscripteur peut exercer son droit à renoncer à ce contrat par lettre ou tout

autre support durable adressé à l'assureur du nouveau contrat, accompagné d'un document justifiant qu'il bénéficie déjà d'une garantie pour l'un des risques garantis par le nouveau contrat. L'assureur est tenu de rembourser au Souscripteur la prime payée, dans un délai de trente (30) jours à compter de sa renonciation.

Si le Souscripteur souhaite renoncer à son contrat mais qu'il ne remplit pas l'ensemble des conditions ci-dessus, il doit vérifier les conditions de renonciation prévues dans son contrat.

27.5 Modifications de votre Contrat

Le Souscripteur doit informer la LMDE depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation » ou par courrier recommandé avec accusé de réception à : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9, de tout changement de nom et/ou des informations personnelles du Souscripteur et/ou de coordonnées du compte bancaire sur lequel la prime est prélevée.

27.6 Cessation du Contrat

Le Contrat prend fin dans les cas suivants.

- En cas de résiliation du contrat de complémentaire santé LMDE ;
- En cas d'utilisation par le Souscripteur de sa faculté de renonciation, à la date d'envoi de la lettre, le cachet de la porte faisant foi ;
- En cas de résiliation par AXA Assistance pour non-paiement de la prime (en application des dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances) dans les conditions définies à l'article 12.3 ;
- En cas de résiliation par le Souscripteur pour refus de la prime modifiée dans les conditions définies à l'article 12.4 ;
- En cas de décès du Souscripteur, ses ayants droits devant informer la LMDE par écrit depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation » ou par courrier recommandé avec accusé de réception à : LMDE Mutuelle Complémentaire – TSA 97001 – 59779 LILLE Cedex 9. La résiliation prend alors effet à la date du décès ;
- Dans tous les autres cas prévus par la réglementation applicable.

27.7 Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 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 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 (10) ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires de droit commun visée ci-après :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de la saisine de la juridiction est annulé par le fait d'un vice de procédure ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des

procédures civiles d'exécution ;

- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur ;

La prescription est également interrompue par des causes spécifiques au contrat d'assurance visées ci-après:

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la souscription ou par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

La prescription est également suspendue lorsque la partie est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

27.8 Cumuls d'assurances

Conformément aux dispositions de l'article L.121-4 du Code des assurances, quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, chacune d'elle produit ses effets dans les limites des garanties de chaque contrat et dans le respect des dispositions de l'Article L.121-1 du Code des assurances.

27.9 Subrogation d'AXA Assistance dans les droits et actions de l'Assuré

Conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, AXA Assistance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'Assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à l'indemnisation d'AXA Assistance.

Article 28. DISPOSITIONS DIVERSES

28.1 Compétence judiciaire

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du Contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

28.2 Langue

La langue utilisée pendant la durée du présent Contrat est la langue française.

28.3 Loi informatique et libertés

Dans le cadre du contrôle de la qualité des services rendus, les conversations téléphoniques entre le Souscripteur ou l'Assuré et AXA Assistance peuvent être enregistrées.

Les informations concernant le Souscripteur sont destinées à l'usage interne d'AXA 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, conformément aux articles 32 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978.

Certains des destinataires des données sont situés en dehors de l'union européenne, et en particulier les destinataires suivants : AXA Business Services situé en Inde et AXA Assistance Maroc Services situé au Maroc. AXA Assistance garantit que toutes les mesures sont prises pour assurer un bon niveau de protection des données.

AXA Assistance est soumise aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, elle met en œuvre un traitement de surveillance des Contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément à l'autorisation unique de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) du 16 Juin 2011.

De plus, les données personnelles du Souscripteur pourront être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude que la CNIL a autorisé AXA Assistance à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Le Souscripteur dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données le concernant, en s'adressant au Service Juridique d'AXA Assistance situé 6, rue André Gide – 92320 Châtillon.

28.4 Réclamation et médiation

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

Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, le Souscripteur peut 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, le Souscripteur peut 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