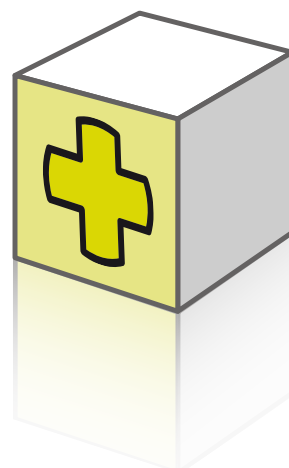


contrat Santé
biomaX



■ DISPOSITIONS GENERALES BIOMAX 2 ■

Votre contrat d'assurance complémentaire santé est régi par le Code des Assurances, qui regroupe l'ensemble des textes régissant l'activité de l'assurance, notamment les obligations de l'Assuré et de l'Assureur.

Toutefois, les dispositions des articles L.191-7 et L.192-3 ne sont pas applicables pour les risques situés dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Vous souscrivez, à titre individuel le contrat d'assurance complémentaire santé Biomax 2 auprès de l'Assureur mentionné sur vos Dispositions Particulières, si votre régime obligatoire d'assurance maladie français est le régime général (ou local d'Alsace-Moselle) des salariés ou assimilés de la Sécurité Sociale, le régime agricole de la Mutualité sociale agricole (MSA) des travailleurs agricoles

Votre contrat se compose :

- Des présentes **Dispositions Générales (DG)** qui définissent les garanties proposées et leurs conditions d'application. Elles précisent les règles qui régissent l'existence et le fonctionnement du contrat, en particulier nos droits et obligations réciproques ;

- Des **Dispositions Particulières (DP)** qui sont établies à partir des déclarations que vous avez faites au moment de la souscription. Elles personnalisent l'assurance en l'adaptant à votre situation. Y sont définis, notamment, l'identité du souscripteur, les personnes assurées, la nature des garanties souscrites, les franchises éventuellement applicables, les clauses particulières qui régissent votre contrat, le coût de l'assurance.

DOC.MX/ DG/ SANTE/ 0118

■ ■ ■

SOMMAIRE

LE TABLEAU DES GARANTIES..... 4

LEXIQUE..... 5

VOTRE CONTRAT..... 7

Article 1 : Objet de votre contrat 7

Article 2 : Contrat Responsable et Solidaire 7

LES GARANTIES 7

Article 3 : Etendue territoriale des garanties 7

Article 4 : Combinaisons des garanties 7

Article 5 : Conditions de souscription 7

Article 6 : Module soins courants, pharmacie et prévention 8

a) Consultations médecins..... 8

b) Actes techniques médicaux et radiologie 8

c) Visites et actes des auxiliaires médicaux 8

d) Analyses et examens de laboratoires 8

e) Transport 8

f) Dépenses médicales effectuées à l'étranger 8

g) Pharmacie 8

h) Médecines douces..... 8

i) Prévention..... 8

Article 7 : Module dentaire..... 9

j) Consultations et soins dentaires 9

k) Prothèses dentaires 9

l) Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale 9

m) Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale..... 9

Article 8 : Module Optique et appareillages 9

a) Lunettes et lentilles 9

b) Chirurgie réfractive..... 9

c) Basse vision..... 9

d) Appareillages 9

Article 9 : Module hospitalisation, maternité et cure thermique 10

a) Hospitalisation 10

b) Forfait naissance ou d'adoption plénière 10

c) Cure thermique..... 10

Article 10 : Evènements non garantis..... 10

LES REMBOURSEMENTS 10

Article 11 : Modalités de remboursement..... 10

Article 12 : Service tiers payant 11

LA VIE DE VOTRE CONTRAT 11

Article 13 : Prise d'effet et durée de votre CONTRAT 11

Article 14 : Délais d'attente 11

Article 15 : Avenants 12

a) Changement des garanties 12

b) Changement de domicile 12

c) Changement de régime obligatoire 12

d) Ajout ou suppression de bénéficiaires..... 12

Article 16 : Renonciation 12

Article 17 : Résiliation du contrat..... 13

Article 18 : Les obligations d'informations..... 13

a) Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique 13

b) Protection de vos données personnelles 13

Article 19 : Votre cotisation 14

a) La fixation des cotisations..... 14

b) L'évolution annuelle de la cotisation..... 14

c) La révision des cotisations 14

Article 20 : L'arbitrage 14

Article 21 : Subrogation 14

Article 22 : La prescription 14

Article 23 : Les réclamations 15

Article 24 : L'autorité de contrôle..... 15

Article 25 : Lutte contre le blanchiment 15

LE TABLEAU DES GARANTIES

MODULE SOINS COURANTS, PHARMACIE ET PREVENTION		A	B	C	D
Consultations des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins (généraliste, spécialiste et neuropsychiatre) ^{(1) (2)}		100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Actes techniques médicaux, radiologie ⁽¹⁾⁽²⁾					
Auxiliaires médicaux (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, sages-femmes...)					
Analyses et examens de laboratoires		100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Soins et prestations inopinés réalisés à l'étranger remboursés par la Sécurité Sociale					
Transport prescrit médicalement					
Pharmacie		100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Actes de médecines douces : remboursement maximum/séance		15€	30€	40€	50€
Nb de consultations limité par année de contrat		2	2	3	5
Actes de préventions remboursés par la Sécurité Sociale		100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Enveloppe Prévention ⁽³⁾ : médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale et contraception. Une partie de cette enveloppe est dédiée à l'automédication.		40€ dont 10€ d'automédication	60€ dont 15€ d'automédication	80€ dont 20€ d'automédication	100€ dont 25€ d'automédication
MODULE DENTAIRE		A	B	C	D
Consultations et soins dentaires		100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale		100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Forfait dentaire ⁽³⁾ :	Année 1		70€	140€	210€
	Année 2	Néant	95€	170€	255€
	A partir de l'année 3		120€	200€	300€
Plafonds de remboursement annuel calculés sur frais de prothèses et le forfait ⁽⁴⁾	Année 1			600€	1000€
	Année 2	Néant	Néant	800€	1200€
	A partir de l'année 3			1000€	1400€
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale		100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale		Néant	Néant	100€/sem.	200€/sem.
MODULE OPTIQUE ET APPAREILLAGES		A	B	C	D
Equipelement Lunettes (verres correcteurs et monture) et lentilles acceptées par la Sécurité Sociale		100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Remboursement supplémentaire équipement lunettes (prescrites) ⁽⁵⁾	Equipelement lunettes avec verres simples	Néant	100€	150€	200€
	Equipelement lunettes avec verres complexes ou très complexes	Néant	200€	250€	300€
	Majoration forfait verres simple ou verres complexe à partir de l'année 3	Néant	+50€	+50€	+50€
Forfait lentilles (acceptées ou non par la Sécurité Sociale) ⁽³⁾		Néant	50€	100€	150€
Forfait basse vision pour les bénéficiaires de 55 ans et plus ⁽³⁾		Néant	50€	100€	150€
Chirurgie réfractive (intervention laser pour myopie) ⁽³⁾		Néant	200€	400€	600€
Petit et grand appareillage, prothèse médicale, orthopédie et prothèse auditive + forfait supplémentaire ⁽³⁾		100% BRSS	125% BRSS + 100€	150% BRSS + 150€	225% BRSS + 200€
MODULE HOSPITALISATION, MATERNITE ET CURE THERMALE		A	B	C	D
Hospitalisation médicale ou chirurgicale, maternité en établissement (hôpital ou clinique), hospitalisation à domicile ⁽²⁾					
Honoraires médicaux ou chirurgicaux des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins ⁽¹⁾⁽²⁾		100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Frais de séjour et forfait journalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (par jour) ⁽⁶⁾		Néant	35€/J	50€/J	70€/J
Frais d'accompagnant bénéficiaire inscrit (limité à 20 jours par année d'assurance)		Néant	25€/J	25€/J	25€/J
Forfait naissance ou adoption plénière ⁽⁷⁾		Néant	100€	150€	230€
Cure Thermale en ambulatoire acceptée par la Sécurité Sociale					
Frais médicaux		100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	225% BRSS
Forfait supplémentaire annuel ⁽³⁾		Néant	60€	100€	140€

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

Les prestations sont versées dans la limite des frais réels. Les prestations exprimées en % de la BRSS incluent le remboursement de la Sécurité Sociale, celles exprimées en euros s'ajoutent à l'éventuelle prise en charge par la Sécurité Sociale.

⁽¹⁾ Les taux de remboursement sont majorés de 20% de la BRSS pour les honoraires et actes des médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

⁽²⁾ La participation forfaitaire de 18 euros sur les actes techniques pratiqués en ville ou établissement de santé supérieur à 120 euros (TMF) est remboursée intégralement.

⁽³⁾ Montant maximum par bénéficiaire et par année d'assurance, non reportable sur l'année suivante.

⁽⁴⁾ Au-delà du plafond dentaire pour les formules C et D, les prothèses dentaires sont remboursées à 100% de la BRSS.

⁽⁵⁾ Forfait équipement par personne et par période de 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue pour les majeurs. Dans ce cas, la période est annuelle). Le forfait équipement verres simples concerne les verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4. Le forfait équipement verres complexes ou très complexes concerne tous les autres verres ainsi que tous les équipements mixtes comportant un verre simple et un verre complexe ou très complexe ou un verre complexe et un verre très complexe. Le forfait intègre la prise en charge des montures limitée à 150€ (y compris la BRSS).

⁽⁶⁾ Les frais de chambre particulière ne sont pas pris en charge dans les établissements de moyen séjour.

⁽⁷⁾ Doublé si naissance multiple. Versé si date d'effet de la souscription date d'au moins 9 mois et sous réserve que le l'enfant soit nommé au contrat dans les 2 mois de l'évènement.

Les garanties figurant ci-dessus sont exprimées en % de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et sont valables dans le cadre du parcours de soins. Elles incluent les remboursements par le Régime Obligatoire (ou AMO) et le cas échéant par tout autre régime complémentaire, la participation forfaitaire et les franchises médicales non prises en charge au titre du présent contrat.

LEXIQUE

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Par extension les intoxications alimentaires et les fausses-couches sont considérées comme un accident.

Année d'assurance

Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

Assuré / Bénéficiaire

On entend par Assuré ou Bénéficiaire, le Souscripteur du contrat d'assurance complémentaire santé et ses ayants droit désignés sur les Dispositions Particulières, c'est-à-dire le Souscripteur, son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, les enfants du Souscripteur ou de son conjoint ou les tiers assurés fiscalement à charge du Souscripteur.

Automédication

Elle a été définie par le Conseil de l'Ordre des médecins comme étant « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu, l'autorisation de mise sur le marché, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens. »

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)

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

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession ;
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention ;
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Contrat d'accès aux soins (CAS)

Il s'agit d'un contrat négocié entre l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auquel peuvent adhérer les médecins de secteur 2 et certains médecins de secteur 1.

Le médecin adhérent au CAS s'engage à :

- ne pas augmenter ses tarifs pendant les 3 années du contrat ;
- respecter un taux moyen de dépassement ;
- réaliser une activité à tarif opposable égale ou supérieure à celle pratiquée avant son adhésion ;
- respecter un taux de dépassement recalculé au maximum égal à 100% du tarif opposable de la Sécurité Sociale.

Délai d'attente

Période pendant laquelle nous ne prenons pas en charge les soins pratiqués. Elle débute à partir de la date d'effet des garanties.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM – OPTAMCO).

Échéance principale

L'échéance principale est la date définie dans les Dispositions Particulières à laquelle le contrat se renouvelle par tacite reconduction s'il n'a pas été résilié selon les conditions définies dans les présentes Dispositions Générales.

Forfait Journalier Hospitalier

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Cette somme forfaitaire est due par le patient pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé en France (à l'exception des centres/unités de soins de longue durée et des établissements d'hébergement pour personnes âgées).

Au 1er janvier 2018, son montant est de 20€ par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15€ par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, sauf cas d'exonération (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse, ...).

Le forfait journalier hospitalier est pris en charge intégralement et sans limitation de durée d'hospitalisation par votre contrat d'assurance complémentaire santé responsable.

Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) n'est pas pris en charge par votre contrat d'assurance complémentaire santé.

Frais d'accompagnant

Frais d'hébergement ou de repas engagés par l'accompagnant désigné par le Souscripteur du contrat d'assurance complémentaire santé et liés à une hospitalisation en cours dont la prise en charge a été délivrée.

Cette prestation est délivrée, au maximum 20 jours par an et par bénéficiaire.

Frais de séjour

Frais facturés par un établissement de santé en France pour couvrir les coûts d'un séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80% (ou de 100% dans certains cas : actes coûteux notamment), le solde est

remboursé par votre contrat d'assurance complémentaire santé.

Franchise Médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1er janvier 2008.

Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires fixé à : un maximum de 2 € par jour sur les actes paramédicaux et à un maximum de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'Etat, ...

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par votre contrat d'assurance complémentaire santé responsable.

Hospitalisation

Tout séjour (comprenant l'admission, le traitement médical et la sortie de l'établissement), soit de jour avec ou sans chirurgie ambulatoire, soit d'au moins 24 h dans un établissement de santé public ou privé (conventionné ou non) :

- dit de court séjour incluant les soins de courte durée ou le traitement des affections pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;
- dit de moyen séjour incluant les soins nécessaires au rétablissement du bénéficiaire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

L'hospitalisation comprend aussi l'hospitalisation à domicile, en continuation d'un séjour hospitalier pris en charge par votre contrat d'assurance complémentaire santé, en accord avec l'assurance maladie obligatoire et sous contrôle médical.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Sont également considérées comme maladies : les infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, les ruptures d'anévrisme, les syncopes, les crises d'épilepsie sauf si elles sont la conséquence directe d'un accident.

Médecine douce

Au titre de votre contrat d'assurance complémentaire santé, la médecine douce s'entend comme une prestation d'ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur ou de pédicure-podologue.

Parcours de soins coordonnés

Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières qui ne sont pas prises en charge par votre contrat d'assurance complémentaire santé responsable.

Participation Forfaitaire d'un euro

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

Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse ;
- des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'Etat (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50€ par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par votre contrat d'assurance complémentaire santé responsable.

Régime Obligatoire (RO)

Régime français de Sécurité Sociale auquel est affilié l'Assuré.

Sécurité Sociale

Terme générique utilisé dans les présentes Dispositions Générales pour désigner le régime d'Assurance Maladie Obligatoire auprès duquel l'Assuré est affilié.

Télétransmission

La télétransmission est l'envoi informatisé des feuilles de soins et des décomptes de santé entre les partenaires de santé. Cela peut-être :

- la télétransmission du prestataire de santé (médecin, pharmacien, laboratoire, ...) vers l'organisme gestionnaire de votre régime obligatoire,
- la télétransmission entre l'organisme gestionnaire de votre régime obligatoire et l'organisme gestionnaire de votre complémentaire santé. Dans ce cas votre décompte de Sécurité Sociale intègre la mention « le double est transmis à votre organisme complémentaire ».

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement de la Sécurité Sociale et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'Assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

Votre contrat d'assurance complémentaire santé responsable prend en charge, dans le parcours de soins coordonnés, l'intégralité du ticket modérateur.

Tiers payant

Système de paiement qui vous évite de faire l'avance de tout ou partie des frais de santé auprès des prestataires de soins.

Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoires et/ou complémentaires pour les soins

ou produits qu'ils vous ont délivrés selon les modalités définies sur l'attestation de tiers payant.

Vente à distance

Fourniture d'opération d'assurance, par un intermédiaire d'assurance, auprès d'une personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, par l'utilisation d'une ou plusieurs techniques de communication à distance (courrier, téléphone, internet).

Dans ce cadre, l'intermédiaire d'assurance utilise exclusivement des techniques de communication à distance pour la conclusion de votre contrat d'assurance complémentaire santé.

VOTRE CONTRAT

ARTICLE 1 : OBJET DE VOTRE CONTRAT

Votre contrat d'assurance complémentaire santé a pour objet de garantir aux assurés bénéficiaires, désignés sur les Dispositions Particulières, le remboursement total ou partiel de leurs dépenses de santé consécutives à une maladie, un accident ou une maternité en complément des prestations versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les limites et conditions décrites ci-après.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, les assurés une fois admis ne peuvent être exclus de l'assurance contre leur gré et à la condition que la cotisation ait été encaissée.

ARTICLE 2 : CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE

Votre contrat d'assurance complémentaire santé est « **responsable et solidaire** » conformément à la réglementation en vigueur et permet de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux.

Un contrat d'assurance complémentaire santé est dit « **solidaire** » lorsque l'organisme d'assurance complémentaire ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

Un contrat d'assurance complémentaire santé est dit « **responsable** » dès lors qu'il répond au dispositif régi par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code la Sécurité sociale.

Suite au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, un contrat d'assurance complémentaire santé est dit « **responsable** » s'il respecte le panier minimum des garanties ainsi que les plafonds des garanties applicables à certains postes de soins. Il doit couvrir obligatoirement :

- l'intégralité du ticket modérateur sur l'ensemble des dépenses de santé (sauf pour les cures thermales et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, et l'homéopathie) ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ;

D'autre part, il fixe des plafonds de prise en charge pour certaines dépenses de soins, ainsi :

- la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins sera limitée à 125% du tarif de la Sécurité Sociale dans un premier temps puis à 100% en 2017 et devra nécessairement être inférieure d'au moins

20% du taux de remboursement pris en charge pour les médecins ayant adhéré au CAS.

- la prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des planchers et plafonds différents en fonction du niveau de correction. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.

Par ailleurs, un contrat dit « **responsable** » prend en charge au moins deux actes de prévention inscrits sur la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

Mais ce contrat ne peut :

- ni compenser la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du Parcours de soins coordonnés ;
- ni rembourser les dépassements d'honoraires, lorsque le patient est hors Parcours de Soins Coordonnés ;
- ni prendre en charge la Participation Forfaitaire d'un euro ;
- ni prendre en charge les franchises médicales.

LES GARANTIES

Vous ne bénéficiez que des garanties que vous avez souscrites. Ces garanties sont indiquées dans vos Dispositions Particulières.

ARTICLE 3 : ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre-Mer (DOM)

Sauf dispositions contraires, elles sont subordonnées à la prise en charge des dépenses de santé par le régime légal d'assurance maladie obligatoire du bénéficiaire.

Les soins dispensés à l'occasion d'un déplacement à l'étranger ne sont couverts qu'en complément des prestations versées par le régime légal du bénéficiaire. Les règlements sont effectués en France et en euros.

ARTICLE 4 : COMBINAISONS DES GARANTIES

Vous avez accès, dans les conditions précisées ci-après, à 4 modules de garanties définis ci-dessous :

- Module Soins courants, pharmacie et prévention ;
- Module Dentaire ;
- Module Optique et Appareillages ;
- Module Hospitalisation, maternité et cure thermale.

Chaque module comporte plusieurs niveaux de garanties nommés **A, B, C et D**.

La souscription des 4 modules de garanties est obligatoire

Afin de favoriser la personnalisation des garanties, vous disposez du choix de souscrire les 4 modules dans les conditions suivantes :

- le niveau des garanties du module « Soins courants, pharmacie et prévention » conditionne le choix des niveaux des 3 autres modules : ils doivent être égaux ou contigus au niveau du module « Soins courants, pharmacie et prévention » ; la combinaison des 4 modules au niveau A constitue le minimum obligatoire ;
- le choix des 4 modules s'applique à l'ensemble des bénéficiaires désignés sur les Dispositions Particulières.

ARTICLE 5 : CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

En qualité de souscripteur, le contrat peut vous concerner ainsi que les membres de votre famille (conjoint, concubin ou partenaire de PACS, vos

enfants ou ceux de votre conjoint ou du tiers assuré fiscalement à charge) dès lors que chacun d'entre eux est affilié à un régime légal d'assurance maladie obligatoire français et qu'il est âgé de moins de 80 ans s'il souscrit un niveau D sur un ou plusieurs des modules.

En vue de bénéficier de l'assurance, tant pour vous-même que pour les membres de votre famille proposés à l'assurance, vous devez en qualité de Souscripteur :

- répondre à la demande de renseignements de l'Assureur;
- répondre aux conditions d'âge énoncées ci-dessus ;
- et être à jour de vos cotisations.

Tous les membres d'une même famille doivent s'inscrire sous le même contrat.

Les demandes de souscription sont reçues par Maxance avec les éléments nécessaires à la mise en vigueur du contrat.

L'Assureur se réserve la possibilité de demander tout justificatif.

Les personnes assurées ont la qualité de bénéficiaires. Elles sont désignées nominativement aux Dispositions Particulières.

ARTICLE 6 : MODULE SOINS COURANTS, PHARMACIE ET PREVENTION

a) Consultations médecins

Sont pris en charge vos frais de consultations des médecins généralistes et spécialistes s'ils ont donné lieu à un remboursement par la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

Conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables :

- le taux de remboursement est majoré de 20% de la BRSS si le médecin a adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (contrat d'accès aux soins - Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées) ;
- et le contrat ne prend pas en charge la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la Sécurité Sociale) et/ou les dépassements d'honoraires si les consultations et visites ont été réalisées hors du parcours de soins coordonnés.

b) Actes techniques médicaux et radiologie

Sont pris en charge les actes des médecins généralistes et spécialistes, les examens médicaux dans les cabinets de radiologie s'ils ont donné lieu à un remboursement par la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

Conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables :

- le taux de remboursement est majoré de 20% de la BRSS si le médecin a adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (contrat d'accès aux soins - Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées) ;
- et le contrat ne prend pas en charge la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la Sécurité Sociale) et/ou les dépassements d'honoraires si les actes médicaux, les examens radiologiques ont été réalisés hors du parcours de soins coordonnés.

c) Visites et actes des auxiliaires médicaux

Sont pris en charge les visites et actes des auxiliaires médicaux (infirmier, sage-femme kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue) dès lors qu'ils ont fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

d) Analyses et examens de laboratoires

Sont pris en charge les frais qui se rapportent à vos examens médicaux dans les laboratoires d'analyses médicales dès lors qu'ils ont fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

e) Transport

Sont pris en charge les frais de transport prescrits par votre médecin et ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

f) Dépenses médicales effectuées à l'étranger

Sont pris en charge vos frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

g) Pharmacie

Sont pris en charge les frais de médicaments prescrits remboursés par la Sécurité Sociale, restant à votre charge. Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

h) Médecines douces

Sont pris en charge les prestations des ostéopathes, des chiropracteurs, des acupuncteurs et des pédicures-podologues. Ces professionnels devront remplir les conditions suivantes :

- les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession ;
- les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens, et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC) ;
- les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les remboursements sont exprimés en euros par acte, par année d'assurance et par bénéficiaire. Ils sont limités entre 2 et 5 séances par an en fonction du niveau du module choisi.

i) Prévention

Votre contrat Biomax 2 prend en charge, en complément de la Sécurité Sociale, les actes de prévention prévus à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

Avec l'enveloppe prévention, sont pris en charge les frais de médicaments et vaccins médicalement prescrits et non pris

en charge par la Sécurité Sociale. De plus, une partie de cette enveloppe est dédiée à l'automédication.

Les remboursements sont exprimés en euros, par année d'assurance et par bénéficiaire.

ARTICLE 7 : MODULE DENTAIRE

j) Consultations et soins dentaires

Sont pris en charge les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien-dentiste, les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux dès lors qu'ils ont fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

k) Prothèses dentaires

Sont pris en charge les frais de prothèses dentaires et d'appareils dentaires qui ont fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

En fonction du niveau choisi, un forfait supplémentaire exprimé en euro est ajouté pour compléter les remboursements sur les prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale et/ou les prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale, l'implantologie et la parodontologie.

Ce forfait est le montant maximum par bénéficiaire et par année d'assurance, non reportable sur l'année suivante.

Fidélisation

Comme indiqué au sein du tableau des garanties :

- le forfait dentaire évolue la deuxième année d'assurance puis à partir de la troisième année d'assurance.
- Le montant total garanti sur les prothèses dentaires par année d'assurance et par bénéficiaire est plafonné, suivant le niveau souscrit, comme indiqué au sein du tableau des garanties.
- le plafond de remboursement annuel évolue la deuxième année d'assurance puis à partir de la troisième année d'assurance.

Au-delà des plafonds indiqués, seul le ticket modérateur est pris en charge par votre contrat d'assurance complémentaire santé.

l) Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale

Sont pris en charge les frais d'orthodontie qui ont fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

m) Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale

En fonction du niveau choisi, votre contrat peut prendre en charge une partie des frais d'orthodontie qui n'ont pas fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

ARTICLE 8 : MODULE OPTIQUE ET APPAREILLAGES

a) Lunettes et lentilles

Sont pris en charge les lunettes et lentilles acceptées par la Sécurité Sociale au ticket modérateur.

Votre contrat d'assurance complémentaire santé prend en charge un équipement (verres plus monture) tous les 2 ans et intègre la prise en charge de la monture dans la limite de 150€ (y compris la BRSS).

Selon le niveau choisi, votre contrat peut vous proposer des forfaits supplémentaires de remboursement.

Ils sont exprimés en euro, montant maximum par bénéficiaire et par période de deux ans entre chaque consommation ou période d'un an pour les mineurs et les majeurs en cas d'évolution de la vue.

Ces forfaits supplémentaires ne sont pas reportables sur la période suivante.

Le forfait supplémentaire pour vos lunettes est différencié en fonction de la correction des verres :

- Forfait équipement verres simples : pour les verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;
- Forfait équipement verres complexes ou très complexes : pour tous les autres verres ainsi que tous les équipements comportant un verre simple et un verre complexe.

Fidélisation

Un supplément s'ajoute à votre forfait à partir de la troisième année d'assurance.

Le forfait lentilles prend en charge les lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité Sociale.

b) Chirurgie réfractive

Sont prises en charge les opérations de correction de la myopie, de l'hypermétropie et de l'astigmatisme, hors cataracte et presbytie.

Le forfait est exprimé en euro, montant maximum par année d'assurance et par bénéficiaire, non reportable l'année suivante.

c) Basse vision

Un forfait basse vision pour l'achat d'équipement d'aide visuelle (loupe, monoculaire et binoculaire) est proposé pour les bénéficiaires de 55 ans et plus.

Le forfait est exprimé en euro, montant maximum par année d'assurance et par bénéficiaire, non reportable l'année suivante.

d) Appareillages

Sont pris en charge les biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables et font l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale.

Il s'agit notamment de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, béquilles, semelles orthopédiques, prothèses auditives, fauteuils roulants...

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

Ils sont complétés en fonction du niveau souscrit d'un forfait supplémentaire exprimé en euro, montant maximum par année d'assurance et par bénéficiaire, non reportable l'année suivante.

ARTICLE 9 : MODULE HOSPITALISATION, MATERNITE ET CURE THERMALE

a) Hospitalisation

Sont pris en charge en cas d'hospitalisation dans un établissement public ou privé pour un court ou moyen séjour :

- Vos honoraires médicaux et chirurgicaux s'ils ont donné lieu à un remboursement par la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS). Conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables, le taux de remboursement est différencié si le médecin a adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (contrat d'accès aux soins - Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées) visant à maîtriser les dépenses médicales, prévu par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Le forfait de 18€ pour les actes coûteux (article R. 322-8 du Code de la Sécurité Sociale).

- Les frais de séjour et forfait journalier hospitalier aux frais réels.
- Les frais de chambre particulière et d'accompagnant en fonction du niveau souscrit.

Les remboursements sont exprimés en euros et par jour.

Les frais de chambre particulière ne sont pas pris en charge dans les établissements de moyen séjour.

Les frais d'accompagnement sont limités à 20 jours par an et par bénéficiaire. La prise en charge des séjours effectués dans les établissements, maisons, centres ou unités de soins de suite et de réadaptation est limitée au forfait journalier et à un niveau de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Les frais d'hospitalisation à domicile sont pris en charge.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

b) Forfait naissance ou d'adoption plénière

Ce forfait est versé si la date d'effet de votre contrat d'assurance complémentaire santé date d'au moins 9 mois et sous réserve que l'enfant soit assuré sur ce contrat dans les deux mois qui suivent sa naissance ou son adoption plénière.

Le forfait est doublé en cas de naissance ou d'adoption plénière multiple.

c) Cure thermique

Sont pris en charge les frais médicaux, c'est-à-dire, le forfait de surveillance médicale et le forfait thermal, dès lors qu'ils ont fait l'objet d'un remboursement de la part de la Sécurité Sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

Selon le niveau choisi, votre contrat d'assurance complémentaire santé peut vous proposer un forfait supplémentaire de remboursement.

Il est exprimé en euro, montant maximum par année d'assurance et par bénéficiaire, non reportable l'année suivante. Il peut prendre en charge les éventuels dépassements d'honoraires du forfait thermal et de la surveillance médicale, le transport et l'hébergement.

ARTICLE 10 : EVENEMENTS NON GARANTIS

La garantie de l'Assureur n'est pas acquise pour :

- les actes non reconnus par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité sauf actes prévus dans le tableau des garanties ;
- les actes ou soins ayant une date de soins ou d'achat antérieurs à la prise d'effet du contrat ;
- les actes ou soins ayant une date de soins ou d'achat postérieurs à la résiliation du contrat sauf celles pour lesquelles les droits étaient antérieurement réunis ;
- les actes ou soins ayant débuté pendant la période de délais d'attente ;
- les demandes de remboursement présentées au-delà de 2 ans suivant la date des soins ;
- les soins engagés à l'étranger sans prise en charge du régime obligatoire ;
- les traitements médicaux ou chirurgicaux à caractère esthétique non consécutifs à un accident garanti ;
- les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités/centres de long séjour (article 174-6 du Code de la Sécurité Sociale) ;
 - dans les établissements ou les services comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vue et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien (article L.312-16 du Code de l'action sociale et des familles) ;
 - dans les établissements pour cures autres que cures thermales telles que définies à l'article 9 c) ci-dessus.
- les actes dentaires, l'équipement optique et tous soins garantis au titre du contrat, ne donnant pas lieu à un remboursement du Régime Obligatoire, seront pris en charge au titre de la garantie seulement s'ils sont réalisés ou achetés en France métropolitaine et dans les DOM ;
- les lunettes et lentilles autres que correctrices
- en dentaire :
 - toute demande de remboursement d'implant dentaire formulée avant la phase de la pose du pilier prothétique ne peut donner lieu au paiement du supplément de remboursement ;
 - les couronnes provisoires sont exclues du supplément de remboursement ;
 - **Conformément à l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application, les garanties du contrat responsable ne prennent pas en charge, quelle que soit la formule choisie :**
- la participation forfaitaire et les franchises médicales prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- les pénalités consécutives au hors parcours de soins :
 - soit la majoration du ticket modérateur à la charge des bénéficiaires en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou les dépassements d'honoraires résultant du non-respect du parcours de soins ;
 - les actes et prestations pour lesquels le bénéficiaire n'aurait pas accordé l'autorisation au professionnel de santé de consulter son dossier médical personnel et de le renseigner.

LES REMBOURSEMENTS

ARTICLE 11 : MODALITES DE REMBOURSEMENT

Pour chaque garantie, le montant de vos remboursements est défini en fonction du niveau que vous avez souscrit et de la nature de vos dépenses médicales.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme d'assurance

complémentaire santé auprès duquel vous pourriez être assuré et dans la limite de vos garanties.

Dans tous les cas, vos remboursements sont limités au montant de votre dépense réelle.

Pour obtenir le remboursement de vos frais de soins sans tiers payant, dès lors que le professionnel de santé ne pratique pas celui-ci sur la totalité de la part complémentaire, vous devez nous faire parvenir l'original du décompte de votre régime obligatoire, au plus tard dans l'année qui suit les soins. Si vous bénéficiez de la télétransmission, votre régime obligatoire le fait pour vous et nous transmet automatiquement les informations nécessaires.

Pour les garanties qui ne font pas l'objet d'un remboursement par votre régime obligatoire vous devez adresser au gestionnaire de votre contrat d'assurance complémentaire santé Biomax 2, indiqué sur vos Dispositions Particulières, les factures détaillées au nom du bénéficiaire assuré et parfois certaines pièces justificatives complémentaires indiquées ci-dessous :

- pour les médicaments prescrits non remboursés vous devez joindre à la facture la prescription médicale ;
- pour les frais dentaires non remboursés vous devez joindre à la facture le détail des dépenses ou travaux devisés ainsi que la prescription médicale ;
- pour la chirurgie réfractive vous devez joindre à la facture la prescription médicale ;
- pour le forfait naissance, vous devez joindre un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille ;
- pour le forfait adoption plénière, vous devez joindre le jugement d'adoption plénière.

Confidentialité médicale

Les Informations médicales recueillies directement ou indirectement (notamment feuilles de soins, demandes de prises en charge établies par les établissements hospitaliers publics ou privés, flux informatiques télétransmis par les professionnels de santé que vous consultez, courriers et ou certificats médicaux que vous nous adressez) font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de votre dossier par le Service Médical de l'Assureur ou celui de son délégataire de gestion.

De même, les informations soumises au respect du secret professionnel (notamment les décomptes établis par votre régime obligatoire ou flux informatiques télétransmis par ce même régime, les demandes de prises en charge établies par les établissements hospitaliers publics ou privés), font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destinés à la gestion de votre dossier par nos Services Administratifs.

La signature de votre contrat d'assurance complémentaire santé vaut acceptation tacite de votre part pour la transmission :

- au Service Médical de l'Assureur ou à celui de son délégataire de gestion, dans le respect du secret médical, de l'ensemble des données soumises au respect du secret médical qui seront nécessaires au traitement de votre dossier ;
- à nos services administratifs, dans le respect du secret professionnel, de l'ensemble des données comportant des renseignements soumis au respect du secret professionnel (y compris ceux qui nous parviendraient directement par les organismes gérant votre Régime Obligatoire, ainsi que par les organismes de soins ou professionnels de santé), qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.

ARTICLE 12 : SERVICE TIERS PAYANT

Ce service vous dispense de régler, directement à un professionnel de santé qui l'utilise, tout ou partie de vos frais de santé. Le professionnel de santé est dans ce cas payé directement par votre assurance maladie obligatoire et/ou votre d'assurance complémentaire santé pour les soins ou produits qu'il vous a délivrés.

Votre contrat d'assurance complémentaire santé responsable Biomax 2 vous permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant selon les modalités précisées sur votre attestation de tiers payant, au titre des prestations définies sur celle-ci.

Cette attestation de tiers payant vous est envoyée par Maxance en sa qualité de délégataire de gestion de votre assureur complémentaire santé.

Grâce à votre attestation de tiers payant qui mentionne tous les domaines de santé auxquels vous avez accès (médecine, pharmacie, radiologie, laboratoire, hospitalisation, optique, dentaire...), vous n'avancez pas la part complémentaire de vos frais de soins, lorsque le professionnel de santé accepte de pratiquer le tiers payant. L'attestation de tiers payant est périodiquement renouvelée sous réserve du paiement de vos cotisations d'assurances dues au titre de votre adhésion au contrat complémentaire santé. Son utilisation n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations d'assurances au jour de son utilisation.

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

ARTICLE 13 : PRISE D'EFFET ET DUREE DE VOTRE CONTRAT

Votre contrat d'assurance complémentaire santé prend effet à la date indiquée dans vos Dispositions Particulières.

Votre contrat est conclu pour une durée d'un an, allant de sa date d'effet au dernier jour du mois précédant la date de son échéance principale indiquée dans vos Dispositions Particulières.

Il est ensuite reconduit automatiquement d'année en année à compter de la date de l'échéance principale mentionnée aux Dispositions Particulières.

Les garanties sont accordées à partir des éléments que le Souscripteur a déclarés de bonne foi et figurant sur ses Dispositions Particulières.

Dans le cas contraire, l'Assureur se réserve le droit d'invoquer la nullité de la souscription sans remboursement des cotisations.

Il n'existe pas de souscription à effet rétroactif sauf pour l'enfant nouveau-né ou adopté, inscrit à votre contrat dans les 2 mois de sa naissance ou de son adoption plénière.

ARTICLE 14 : DELAIS D'ATTENTE

La prise en charge de l'ensemble des frais liés à une hospitalisation (frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier, lit d'accompagnant, transport), qui ne fait pas suite à un accident est limitée au forfait journalier hospitalier et à un niveau de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, pendant les 3 premiers mois à compter de la date d'effet de vos garanties. La chambre particulière n'est pas prise en compte.

Un délai de six mois à compter de la date d'effet de votre contrat est appliqué sur les prestations « Cure Thermale ».

Un délai de neuf mois à compter de la date d'effet de votre contrat est appliqué sur le forfait naissance ou

d'adoption plénière. De plus, le versement du forfait est conditionné à l'inscription de l'enfant sur le contrat dans un délai de deux mois de sa naissance ou de son adoption plénière.

Ces délais d'attente ne s'appliquent pas :

- en cas de reprise du contrat à la concurrence dans la limite des anciennes garanties ou à la suite d'une sortie « CMU » et sous réserve :
 - de présenter un certificat de radiation décrivant les garanties acquises ou de justifier la fin de droit CMU ;
 - que le précédent contrat ait été souscrit pour une durée au moins égale à 1 an ;
 - et que l'interruption des garanties soit inférieure ou égale à 2 mois.
- en cas d'accident ;
- pour l'enfant nouveau-né ou adopté plénièrement dès lors que son inscription sur le contrat est demandée à Maxance dans les 2 mois qui suivent la naissance ou la date de jugement de l'adoption plénière. Dans ce cas la date de prise d'effet pour ce bénéficiaire correspond au jour de la naissance ou de l'adoption ;
- en cas de changement de garanties.

ARTICLE 15 : AVENANTS

a) Changement des garanties

Toute demande de modification de formule de garanties ne peut se faire qu'à l'échéance principale de votre contrat. Elle doit être effectuée par un courrier du Souscripteur, daté et signé.

Ce courrier doit être adressé à Maxance, au plus tard dans les 30 jours qui précèdent la date d'échéance principale du contrat.

Cette demande est recevable à la condition de satisfaire aux limites d'âges prévues à l'article 5 ci-dessus.

Sous réserve de l'accord de l'Assureur, ce changement de garanties prendra effet à compter du premier jour du mois suivant et fera l'objet, à cette date, d'un avenant au contrat.

En cas d'augmentation de garanties, la nouvelle souscription est exonérée des délais d'attente et limitations de garanties prévus à l'article 14 ci-dessus.

Il ne sera accepté qu'une demande de modification tous les 2 ans.

b) Changement de domicile

Le changement de domicile doit être signalé par écrit et justifié dans les 3 mois de sa survenance.

Ce changement peut entraîner un ajustement de la cotisation.

Le défaut de déclaration peut être sanctionné par un rappel de cotisations.

c) Changement de régime obligatoire

Le changement de régime obligatoire doit être signalé par écrit et justifié dans les 3 mois de sa survenance.

Ce changement peut entraîner un ajustement de la cotisation.

Le défaut de déclaration peut être sanctionné par un rappel de cotisations.

d) Ajout ou suppression de bénéficiaires

La demande écrite d'un ajout de bénéficiaire, en cours du contrat, est possible à tout moment sous réserve de

satisfaire aux conditions de souscription énoncées à l'article 5 ci-dessus ainsi qu'aux conditions d'application des garanties tels que définis aux articles 14 et 15 ci-dessus.

La demande de suppression doit être signalée par écrit. Toute suppression de bénéficiaire doit être dûment justifiée et ne peut intervenir qu'à l'échéance principale de votre contrat.

En cas de décès, le contrat cesse de plein droit à effet immédiat.

Les avenants aux Dispositions Particulières établis au titre de ces modifications entraînent un ajustement de cotisation.

ARTICLE 16 : RENONCIATION

En cas de vente à distance

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances relatif à la vente à distance, le Souscripteur bénéficie de la faculté de renoncer à son contrat dans un délai de 14 jours qui court à compter de la date de conclusion du contrat Biomax 2.

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances « Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir, soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée précédemment. »

En cas de démarchage

Conformément à l'article L.112-9 du Code des assurances, relatif au démarchage à domicile, le Souscripteur bénéficie de la faculté de renoncer à son contrat dans un délai de 14 jours qui court à compter de la date de conclusion du contrat.

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

Si les conditions précitées sont réunies, et sous réserve des autres dispositions de l'article L.112-9 du Code des assurances, vous pouvez renoncer au présent contrat en adressant votre demande de renonciation par lettre recommandée avec avis de réception à ASSU2000.

Dans les deux cas, le Souscripteur qui fait valoir son droit à renonciation devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

Le montant ainsi dû est calculé selon la règle suivante : montant de la cotisation annuelle figurant aux Dispositions Particulières du contrat, hors frais annexes et de courtage / 365 * nombre de jours garantis.

La lettre recommandée avec accusé de réception (modèle joint ci-dessous) doit être adressée au siège social d'Maxance. Toute lettre recommandée adressée à une entité juridique autre sera dépourvue de tout effet.

Nom et adresse du Souscripteur

MAXANCE - Service Consommateurs
28 Boulevard Princesse Charlotte
BP 169, 98007 Monaco Cedex

Contrat N° : Le --/--/----

Date de souscription :

Montant de la cotisation réglé :

Date de règlement de la cotisation : ... / ... /

Mode de règlement de la cotisation :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L. 112-2-1 ou de l'article L.112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance n° que j'ai souscrit en date du ... / ... /

Je souhaite donc que le contrat précité soit résilié à compter de la date de réception de la présente et atteste n'avoir connaissance, à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis mon acceptation de l'offre qui m'a préalablement été faite.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature

ARTICLE 17 : RESILIATION DU CONTRAT

Vous pouvez en qualité de Souscripteur mettre fin à votre contrat :

- à compter de la date à laquelle vous n'est plus affilié à un régime français légal d'assurance maladie obligatoire ;
- chaque année au moins 2 mois avant la date d'échéance principale du contrat ;
- dans les 3 mois suivant une modification de votre situation - telle que décrite à l'article 18 ci-dessous - lorsque celle-ci a un effet sur les risques garantis par le contrat défini dans les articles L.113-16 et R.113-6 du Code des assurances ;
- en cas de bénéfice de la CMU complémentaire ;
- en cas de révision de la cotisation prévue à l'article 19 ci-dessous.

La demande de résiliation doit intervenir par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à Maxance. Elle doit indiquer la nature, la date de l'événement et être accompagnée des pièces justificatives.

La résiliation prend effet un mois après la notification.

Résiliation à l'initiative de l'Assureur :

- À défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation à l'expiration d'un délai de dix jours qui suit son échéance, vous recevrez une lettre recommandée de mise en demeure, vous invitant à vous acquitter du montant dû dans les conditions fixées par l'article L.113.3 du Code des assurances. Si la cotisation ou la fraction de cotisation n'est pas intégralement payée dans un délai de 30 jours après l'envoi de ce pli recommandé, vos garanties sont suspendues. À défaut de paiement 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours, votre contrat sera résilié de plein droit et sans autre formalité. Les coûts d'établissement et d'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure sont à votre charge ;
- en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de votre part.

Résiliation de plein droit :

Le contrat cesse de plein droit à effet immédiat en cas de décès du Souscripteur et pour tous les bénéficiaires qui s'y rattachent.

Après la date de cessation du contrat :

- les soins dispensés ou les dépenses engagées sont exclus de la garantie ;
- et toutes les attestations d'assurance de tiers-payant doivent être restituées immédiatement. Les prestations indûment prises en charge seront remboursées à l'Assureur.

ARTICLE 18 : LES OBLIGATIONS D'INFORMATIONS

Pour vous

Vous devez, par écrit, informer Maxance et justifier auprès de lui dans le mois de la survenance d'un des événements suivants : changement de nom, changement de domicile, changement de situation matrimoniale, changement de régime social, changement de composition de la famille et changement de coordonnées bancaires si la cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique.

En effet, une déclaration intentionnelle fausse ou incomplète, une réticence, une omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

Pour le Délégué de gestion de l'Assureur

a) Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. En vous inscrivant sur cette liste, nous aurons interdiction de vous démarcher, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes.

Ces dispositions sont applicables aux personnes physiques agissant en dehors de leurs activités professionnelles.

Si vous souhaitez, en cours d'exécution de votre contrat, vous opposer à toute prospection téléphonique de notre part, vous avez tout loisir de nous écrire par courrier à :

Maxance
Service Consommateurs
28 Boulevard Princesse Charlotte
BP 169, 98007 Monaco Cedex

b) Protection de vos données personnelles

Les informations recueillies seront utilisées pour la gestion de l'adhésion au Contrat Biomax 2 ainsi qu'à la gestion de l'adhésion à l'ADPS, et pour la relation commerciale. Les destinataires de vos données sont les services de votre courtier, de nos services (Maxance et entreprises de l'assureur de votre contrat), nos partenaires, sous-traitants, prestataires, réassureurs, les organismes d'assurance ou les organismes sociaux des personnes impliquées ainsi que les personnes intéressées à l'adhésion au contrat. Ces destinataires peuvent éventuellement se situer en dehors de l'Union Européenne.

Vos informations personnelles nous aident à mieux vous connaître, et ainsi à vous proposer des solutions et services qui vous correspondent. La durée de conservation de vos données correspond à la durée de notre relation contractuelle majorée du délai de prescription (1).

Vous gardez bien sûr tout loisir d'y accéder, de demander leur modification, rectification, portabilité ou effacement ainsi que de contacter le responsable des données personnelles pour toute information ou contestation (Loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978). Pour cela, il vous suffit d'adresser une demande écrite à :

M

Maxance Santé
28 boulevard Princesse Charlotte
BP 169, 98007 Monaco Cedex

Vous pouvez vous aussi vous adresser à la CNIL. Protéger nos assurés et nous protéger nous-mêmes est au cœur de notre politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude. Aussi, nous gardons la possibilité de vérifier ces informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes.

(1) Extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain temps.

ARTICLE 19 : VOTRE COTISATION

a) La fixation des cotisations

Le tarif est établi en fonction :

- de la formule de garanties ;
- du Régime Obligatoire ;
- de l'âge calculé par différence de millésimes (différence entre l'année en cours et l'année de naissance) ;
- de la domiciliation du contrat ;
- et du nombre de bénéficiaires des garanties, en fonction de leur statut.

Toute taxe (ou modification de taxe) devenant applicable au contrat sera automatiquement répercutée sur les cotisations d'assurance à la date d'effet de son entrée en vigueur.

La cotisation annuelle est fixée à la souscription du contrat et est payable d'avance. Elle est mentionnée aux Dispositions Particulières avec le choix du fractionnement choisi.

Le premier règlement de cotisation à régler correspond à la fraction de la cotisation appelée de la date d'effet du contrat jusqu'à la date du prochain règlement.

Les éventuels frais d'impayés pourront vous être imputés.

b) L'évolution annuelle de la cotisation

La cotisation évolue à chaque échéance principale du contrat en fonction de :

- l'âge du Souscripteur et des bénéficiaires sauf pour les enfants. La cotisation « enfant » est forfaitaire jusqu'à 21 ans inclus. Dès lors qu'un bénéficiaire atteint l'âge de 22 ans (en année millésime) il perd la qualité d'enfant au sens du contrat. Il lui sera appliqué au terme de son 22ème anniversaire un tarif adulte correspondant à son âge ;
- de l'évolution de la Consommation Médicale Totale des ménages publiée dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé ;
- des résultats techniques du contrat constatés sur une année
- suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait modifier la participation des régimes obligatoires, entraînant une modification de tout ou partie des engagements de l'Assureur ;

c) La révision des cotisations

Les cotisations et les garanties peuvent être révisées à effet immédiat lorsque la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée des engagements de l'Assureur.

La révision intervient lors du paiement de l'échéance qui suit la modification.

En cas de désaccord, le Souscripteur dispose du droit de mettre fin à son contrat en adressant une lettre recommandée dans les 15 jours suivant la date de réception de cet avis d'échéance à :

Maxance Santé
28 boulevard Princesse Charlotte
BP 169, 98007 Monaco Cedex

La résiliation du contrat prend effet 1 mois après l'expédition de cette lettre recommandée. Dans ce cas la nouvelle cotisation correspondant à la période allant jusqu'à la date de cessation du contrat doit être acquittée par vous.

ARTICLE 20 : L'ARBITRAGE

Les décisions de l'Assureur, prises en fonction des conclusions du médecin délégué, vous sont notifiées par courrier recommandé ; elles s'imposent à vous si vous n'en avez pas contesté le bien fondé, par lettre recommandée, dans les 2 mois suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée.

En cas de désaccord entre l'Assureur et vous (ou vos ayants-droit en cas de décès), chaque partie désignera un médecin. En cas de divergence entre ces 2 premiers médecins, ceux-ci s'en adjoignent par voie amiable ou judiciaire, un 3ème pour les départager.

Les honoraires et les frais relatifs à l'intervention de chacun des 2 premiers médecins sont à la charge de la partie qui l'a désigné, ceux concernant le 3ème médecin sont supportés par moitié par les 2 parties.

ARTICLE 21 : SUBROGATION

L'Assureur ou son représentant est subrogé dans les droits et actions du bénéficiaire contre les responsables éventuels des dommages qu'il a subi, à concurrence des prestations versées au(x) bénéficiaire(s) effectuées par lui.

ARTICLE 22 : LA PRESCRIPTION

Aucune action ni réclamation concernant l'adhésion au contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription. La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. Les dispositions relatives à la Prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L. 114-1 du Code des assurances

Toutes les actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance vie lorsque le bénéficiaire est une personne

distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Article L 114-2 du Code des assurances

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

Article L 114-3 du Code des assurances

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Information complémentaire

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code Civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel www.legifrance.gouv.fr

Article 2240 du Code civil

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

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Article 2244 du Code civil

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

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code Civil

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

ARTICLE 23 : LES RECLAMATIONS

En cas de difficultés dans l'application du présent contrat, merci de bien vouloir consulter en tout premier lieu votre conseiller Maxance.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pourrez adresser votre réclamation à :

Maxance Santé
28 boulevard Princesse Charlotte
BP 169, 98007 Monaco Cedex

Si vous n'êtes toujours pas satisfait de la réponse qui vous a été apportée après épuisement des voies de traitement internes, indiquées ci-dessus, vous pouvez faire appel au **Médiateur de l'Assurance** dont les coordonnées postales sont : **La Médiation de l'Assurance TSA 50 110 – 75441 PARIS CEDEX 09 – et les coordonnées web : www.mediation-assurance.org.**

Cette action n'aura aucun préjudice sur vos éventuelles autres voies d'actions légales.

Si vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

ARTICLE 24 : L'AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 61 rue Taitbout -75436 PARIS CEDEX 09 France - www.acpr.banque-france.fr

ARTICLE 25 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT

Les contrôles que nous sommes légalement tenus d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent nous conduire à tout moment à vous demander des explications ou des justificatifs, y compris sur l'acquisition des biens assurés.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 et au Code monétaire et financier, vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données vous concernant en adressant un courrier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

■ CONVENTION D'ASSISTANCE ■

En plus des garanties détaillées dans les Dispositions Générales de Biomax 2, votre contrat vous permet de bénéficier des prestations d'assistance décrites dans la présente convention.

Les prestations d'Assistance sont assurées par :

FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660€ - RCS PARIS 479 065 351
Entreprise régie par le Code des Assurances
Siège social : 2, rue Fragonard
75017 PARIS

Elles sont mises en œuvre par : **AWP France SAS**

SAS au capital de 7 584 076,86 € - RCS BOBIGNY 490 381 753
Siège social : 7, rue Dora Maar 93400 SAINT OUEN
Société de courtage d'assurances – Inscription ORIAS 07 026 669 <http://www.orias.fr/>
Ci-après dénommée l' « Assisteur »

CONVENTION D'ASSISTANCE.....17

Article 1 : Objet de la convention17

Article 2 : Définitions SPECIFIQUES à l'assistance..17

Article 3 : Les garanties d'assistance à domicile..... 17

- a) Recherche d'une place en milieu hospitalier 17
- b) Livraison de médicaments à Domicile..... 18
- c) Garde à Domicile des enfants..... 18
- d) Garde des enfants malades ou convalescents.. 18
- e) Soutien pédagogique / Ecole à domicile..... 18
- f) Présence d'un proche..... 18
- g) Aide-ménagère à Domicile..... 18
- h) Garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux) 19
- i) Garde malade à domicile19
- j) Aide-ménagère élargie.....19

Article 4 : Les garanties d'assistance information ET

conseil 19

- a) Information Santé Plus..... 19
- b) Informations et conseils « obsèques »..... 20
- c) Transmission des messages urgents 20

Article 5 : Conditions restrictives d'application..... 21

- a) Limitation de responsabilité 21
- b) Circonstances exceptionnelles.....21

Article 6 : Conditions générales d'application..... 21

- c) Accord préalable..... 21
- d) Déchéance des garanties.....21

Article 7 : Cadre juridique..... 21

- a) Loi informatique et libertés 21
- b) Modalités d'examen des réclamations 21
- c) Autorité de contrôle 22

CONVENTION D'ASSISTANCE

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir les termes et les conditions de mise en œuvre de garanties d'assistance santé accordées aux bénéficiaires du contrat santé Biomax 2.

Les prestations d'assistance sont assurées par :
FRAGONARD ASSURANCES (SA au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris – Siège social : 2, rue Fragonard – 75017 Paris – Entreprise régie par le Code des assurances) et mises en œuvre par AWP France SAS (SAS au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Bobigny – Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint Ouen – Société de courtage d'assurances – Inscription ORIAS 07 026 669 – <http://www.orias.fr/>), ci-après dénommée l'« Assisteur ».

Ces prestations d'assistance sont de plein droit automatiquement suspendues ou résiliées aux mêmes dates que votre contrat d'assurance santé, qu'elles suivent dans tous ses effets, et en tout état de cause, elles sont acquises uniquement pendant la durée de validité des accords liant MAXANCE et Fragonard Assurances.

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par le bénéficiaire ou ses proches et auprès de l'Assisteur par :

• **téléphone : 01 40 25 53 58**

Accessible 24h/24, 7j/7 sauf mentions contraires et en indiquant :

- le nom et le numéro de la convention Biomax 921101 ;
- le nom et prénom du Bénéficiaire ;
- l'adresse exacte du Bénéficiaire ;
- le numéro de téléphone où le Bénéficiaire peut être joint.

ARTICLE 2 : DEFINITIONS SPECIFIQUES A L'ASSISTANCE

Accident

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

Accident corporel

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

Animaux domestiques

Animaux familiaux (chiens et chats uniquement et 2 maximum) vivant habituellement au domicile du bénéficiaire et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur.

Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{nde} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Assistance au domicile

Hospitalisation, immobilisation au Domicile ou décès.

Assistance Info/ Conseil

Demande de renseignements par téléphone.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie à caractère imprévisible dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du Bénéficiaire.

Bénéficiaire

Le souscripteur du contrat Santé Biomax 2 et son conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au Bénéficiaire par

un Pacs, les enfants célibataires âgés de moins de 25 ans et les ascendants vivant au Domicile et fiscalement à charge.

Domicile

Lieu de résidence principal et habituel du Bénéficiaire figurant comme domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu. Il est situé en France Métropolitaine.

Fait générateur

Désigne l'événement ouvrant droit à la garantie d'assistance.

Frais d'hébergement

Frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner compris), à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.

France

France métropolitaine.

Hospitalisation imprévue

Séjour imprévu, d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave et dont la survenance n'était pas connue du Bénéficiaire avant son déclenchement.

L'Assisteur se réserve le droit de demander un bulletin confirmant l'hospitalisation avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au Domicile suite à une atteinte corporelle grave, sur prescription médicale et d'une durée supérieure à 2 jours.

L'Assisteur se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au Domicile avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Maladie

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

Membres de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint concubin, ou toute personne liée au Bénéficiaire par un PACS.

Proche

Toute personne physique désignée par le Bénéficiaire ou l'un de ses ayants droit et domiciliée en France métropolitaine.

Territorialité

Les garanties « Assistance Santé à domicile » et « Assistance Info/Conseil » s'exercent en France uniquement.

Transport

Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train 1^{ère} classe ou par avion en classe touristique.

ARTICLE 3 : LES GARANTIES D'ASSISTANCE A DOMICILE

a) Recherche d'une place en milieu hospitalier

Sur demande du Bénéficiaire et sur prescription médicale, l'équipe médicale de l'Assisteur recherche, dans la mesure des disponibilités, une place dans tout service hospitalier

dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 km autour du Domicile du Bénéficiaire.

b) Livraison de médicaments à Domicile

En cas d'incapacité de se déplacer du bénéficiaire ou de l'un de ses proches, l'Assisteur organise et prend en charge la recherche et l'acheminement des médicaments indispensables à son traitement sur présentation d'une prescription médicale (ordonnance) de moins de 3 mois.

Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

Cette garantie est accordée dans les 30 jours qui suivent la date de l'événement.

Assistance en cas d'hospitalisation d'un ou des deux parents :

c) Garde à Domicile des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires

de moins de 16 ans, dès le premier jour de l'incident, L'Assisteur organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire,
- soit l'acheminement des enfants par un personnel qualifié au Domicile d'un Proche,
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au Domicile du Bénéficiaire, **pendant 24 heures maximum dans les 5 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 3 heures consécutives.** Cette prestation peut être fournie du lundi au samedi de 8h00 à 19h00 (hors jours fériés) dans la limite des disponibilités locales. La mission de cette personne consiste à garder l'enfant au Domicile, préparer les repas et apporter des soins quotidiens à l'enfant (à l'exclusion des soins médicaux). Pendant ses heures de garde (en fonction de l'âge des enfants) elle assurera également l'accompagnement à l'école ou à la crèche, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

L'Assisteur prend en charge le ou les titres de transport aller - retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe.

L'Assisteur organise et prend en charge un taxi pour accompagner les enfants à leurs activités extrascolaires (musique, sport...). La garde d'enfant accompagnera l'enfant dans le cadre de ses heures de garde. Les frais de taxi sont pris en charge à concurrence d'un forfait de **80€ TTC par hospitalisation ou par évènement.** L'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée à deux interventions par année civile.

Au-delà de deux interventions par an, l'Assisteur peut communiquer au Bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du Bénéficiaire.**

Assistance en cas d'immobilisation au domicile d'un enfant bénéficiaire de moins de 16 ans :

d) Garde des enfants malades ou convalescents

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant bénéficiaire de moins de 16 ans, nécessite une immobilisation médicalement prescrite supérieure à 2 jours consécutifs et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, dès le premier jour de l'incident, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire en mettant à disposition un titre de transport

aller - retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe ;

- soit sa garde par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, **pendant 30 heures maximum dans les 10 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 3 heures consécutives.**

L'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenu pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée à deux interventions par année civile.

Au-delà de deux interventions par an, l'Assisteur peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du Bénéficiaire.**

e) Soutien pédagogique / Ecole à domicile

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, l'Assisteur recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

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

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières **dans la limite de 10 heures maximum par semaine pour l'enseignement primaire et de 15 heures maximum par semaine pour l'enseignement secondaire.**

Ces cours sont dispensés au 16ème jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile. Les phobies scolaires sont exclues.

Au-delà de deux interventions par an, l'Assisteur peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.**

Assistance en cas d'hospitalisation, d'immobilisation au domicile, de séjour en maternité ou en cas de décès :

f) Présence d'un proche

En cas d'hospitalisation imprévue du Bénéficiaire ou de son conjoint d'une durée supérieure à 5 jours ou en cas d'immobilisation au Domicile de plus de 8 jours, (et si aucun membre de la famille ne se trouve dans un rayon de 50 km du Domicile du Bénéficiaire), l'Assisteur organise et prend en charge pour un membre de la famille ou un Proche résidant en France métropolitaine, afin de se rendre au chevet du bénéficiaire :

- un titre de transport (billet aller - retour en avion classe économique ou en train 1ère classe) ;
- ses Frais d'hébergement pendant 4 nuits maximum à concurrence de 50 € TTC par nuit (toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement).

Cette prestation est également accordée en cas de séjour prolongé de plus de 8 jours en maternité ou en cas de décès du Bénéficiaire.

g) Aide-ménagère à Domicile

Pendant, ou à la suite immédiate d'une hospitalisation imprévue pour une durée supérieure à 5 jours ou en cas

d'immobilisation au Domicile de plus de 8 jours du Bénéficiaire ou de son conjoint, l'Assisteur recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à Domicile soit pendant sa durée d'immobilisation ou d'hospitalisation, soit dès son retour à son Domicile.

Cette aide-ménagère aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

L'Assisteur prend en charge 30 heures réparties dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 3 heures consécutives par jour.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'incident.

Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère après bilan médical.

Cette prestation est également accordée en cas de séjour prolongé de plus de 8 jours en maternité ou en cas de décès du bénéficiaire.

Cette garantie est limitée à deux interventions par année civile.

Au-delà des deux interventions par an ; l'Assisteur peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.**

h) Garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

En cas d'Hospitalisation imprévue du Bénéficiaire ou de son conjoint d'une supérieure à 5 jours ou en cas d'immobilisation au domicile de plus de 8 jours et si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, l'Assisteur organise et prend en charge le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile, **à concurrence de 230 EUR par évènement et pour l'ensemble des animaux.**

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

Cette prestation est également accordée en cas de séjour prolongé de plus de 8 jours en maternité ou en cas de décès du bénéficiaire.

i) Garde malade à domicile

A la suite d'une hospitalisation imprévue du bénéficiaire ou de son conjoint d'une durée supérieure à 5 jours et sur prescription médicale, l'Assisteur organise et prend en charge les services d'une garde malade pour qu'elle se rende au chevet du bénéficiaire, pendant 24 heures en continue ou fractionnées à concurrence de 4 heures minimum consécutives.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'incident.

Assistance en cas d'affection de longue durée (Thérapie. Quadri thérapie. Chimiothérapie (uniquement réalisée en milieu hospitalier) et Radiothérapie) :

j) Aide-ménagère élargie

A la demande du bénéficiaire, l'Assisteur recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à domicile soit pendant sa durée d'immobilisation ou d'hospitalisation, soit dès son retour à son domicile.

Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

L'Assisteur prend en charge **15 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 3 heures consécutives.** Cette prestation est fournie du lundi au samedi de 8h00 à 18h00 (hors jours fériés) dans la limite des disponibilités locales.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'incident.

Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère après bilan médical.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

Au-delà des deux interventions par an, l'Assisteur peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.**

Cette garantie exclue les affections de longue durée dont la première survenance intervient avant la prise d'effet du contrat santé Biomax 2.

Exclusions

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

- **toutes interventions et/ ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier,**
- **les interruptions volontaires de grossesse,**
- **les maladies chroniques,**
- **les tentatives de suicide et leurs conséquences,**
- **les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique, les frais médicaux,**
- **les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation,**
- **les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,**
- **les hospitalisations à domicile,**
- **les traitements de chimiothérapie orale à domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de l'Assisteur.**

ARTICLE 4 : LES GARANTIES D'ASSISTANCE INFORMATION ET CONSEIL

a) Information Santé Plus

L'équipe médicale de l'Assisteur communique au Bénéficiaire des informations et conseils médicaux et paramédicaux dans une logique de Prévention et afin de l'aider à mieux gérer son « Capital Santé ». Ce service est accessible de 8h00 à 20h00 du lundi au vendredi.

Il permet de fournir au Bénéficiaire **par téléphone uniquement** tout renseignement d'ordre général dans les domaines suivants :

- **Santé au quotidien** : maladies infantiles, allergies, diététique, vaccination, petits bobos...
- **Santé en voyage** : vaccins obligatoires et conseillés selon le pays de destination, précautions d'hygiène, équivalence des médicaments à l'étranger, les informations sur la carte européenne d'assurance la procédure de règlement des frais médicaux à l'étranger les informations d'ordre général sur la santé.
- **Hygiène de vie** : facteurs de risques (tabac, alcool, drogues, pollution, alimentation, sports, stress...), contre-indications courantes (activité, lieu de vie, climat...), hygiène corporelle (bucco-dentaire etc...).
- **Pathologies** : informations générales (nature, symptômes, traitements...), maladies « orphelines »...
- **Prévention des maladies graves** : quels dépistages, quand et pour quels risques (cancers, problèmes cardio-vasculaires etc...), sensibilisation à certains risques (exposition au soleil...) et conseil appropriés...
- **Techniques nouvelles** : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, tri thérapie, transplantations et greffes d'organes, chirurgie ophtalmique...

- **Examens médicaux** : nature des différents types d'exams et analyses (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographies, scintigraphies etc...), indications, normes...
- **Coordonnées utiles** : centres de consultation pour un complément d'avis médical...et établissements spécialisés (rééducation, désintoxication, thermalisme etc...), associations de malades urgences : SAMU, pompier, centre antipoison, vaccination, structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) et structures d'accueil en cas d'hospitalisation d'un proche ou d'un enfant ; associations de malades : diabétiques, paralysés, aide-ménagère, garde d'enfants malades, portage de repas...
- **Données administratives** : aides au maintien au domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, structures d'accueil médicalisées...
- **Informations administratives et sociales** : aides sur les droits et les démarches administratives et sociales auprès des organismes sociaux.

L'Assisteur s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

Les informations sont fournies par l'Assisteur exclusivement par téléphone et sont des renseignements à caractère documentaire. Sa responsabilité ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

b) Informations et conseils « obsèques »

L'Assisteur met à la disposition des bénéficiaires ou de leurs proches, un service d'informations téléphoniques sur les formalités et démarches lors d'un décès, accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7.

Selon les cas, l'Assisteur devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'Assisteur ne pourra, en aucun cas, être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

Les thèmes sont les suivants :

- **Les démarches facultatives** :
 - les obsèques civiles ou religieuses
 - les prélèvements d'organes
 - le don du corps
 - la crémation
- **Les démarches après le décès** :
 - la constatation
 - la déclaration
 - les papiers à demander
 - les organismes à prévenir
 - les dispositions financières
- **Les réglementations particulières** :
 - les soins de conservation
 - les chambres funéraires
 - le transport
 - les cimetières et concessions
- **L'organisation des obsèques** :
 - les services de pompes funèbres

- l'inhumation
- le coût des obsèques

c) Transmission des messages urgents

Si le Bénéficiaire est dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et s'il en fait la demande, l'Assisteur se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages ou nouvelles émanant du bénéficiaire vers les membres de sa famille, ses proches ou son employeur. L'Assisteur peut également servir d'intermédiaire en sens inverse.

Les messages restent sous la responsabilité de leurs auteurs qui doivent pouvoir être identifiés et n'engagent qu'eux, l'Assisteur ne jouant que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission.

Exclusions communes à toutes les garanties d'assistance

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

- les conséquences résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- les dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire ;
- la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye ;
- les conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- les frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel ;
- les conséquences de la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat ;
- les conséquences de la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- les conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- les conséquences de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, d'actes de terrorisme, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;
- les conséquences d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du bénéficiaire,
- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales,

- les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences :
 - des maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - des maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/ avérées/ constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
 - des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/ constituées,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

ARTICLE 5 : CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

a) Limitation de responsabilité

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

L'Assisteur intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

b) Circonstances exceptionnelles

L'engagement de l'Assisteur repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

L'Assisteur ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère des Affaires étrangères <https://www.tresor.economie.gouv.fr>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Il s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si l'Assisteur a été prévenu et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que l'Assisteur aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de l'Assisteur ne concerne que les services qu'il réalise en exécution de la Convention. Il ne sera pas tenu responsable :

- des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

ARTICLE 6 : CONDITIONS GENERALES D'APPLICATION

c) Accord préalable

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

d) Déchéance des garanties

Le non-respect par le bénéficiaire de ses obligations envers l'Assisteur en cours de contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus à la présente convention.

ARTICLE 7 : CADRE JURIDIQUE

a) Loi informatique et libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données le concernant en adressant sa demande à :

AWP France SAS
Service Juridique – DT03
7 rue Dora Maar – CS 60001
93488 SAIN OUEEN Cedex

AWP France SAS dispose de moyens informatiques destinés à gérer les prestations d'assistance du présent contrat. Les informations enregistrées sont réservées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

b) Modalités d'examen des réclamations

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à :

AWP France SAS
Service Traitement des Réclamations
TSA 70002
93488 SAIN OUEEN Cedex

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais. Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux)



mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont AWP France SAS le tiendrait informé.

c) Autorité de contrôle

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la présente Convention sont soumises à l'Autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles sise au 61 rue Taitbout - 75009 Paris France.



Assurément experts. Essentiellement humains.