



Notice d'Information réf EFF SAN / 07 2008
Contrats collectifs d'assurance à adhésion facultative
EFFERVESCENCE SANTÉ n°2349 et 2350

Votre adhésion est régie par le Code des Assurances français et les dispositions qui suivent.
Elle est constituée de la présente Notice d'Information et de votre Certificat d'Adhésion.

La gestion des adhésions au contrat est effectuée par **SOLLY AZAR ASSURANCES / GESTION SANTÉ**
par délégation de l'Assureur, la CAMEIC

Toutes les demandes de remboursement et de prise en charge doivent être **obligatoirement** adressées à :
SOLLY AZAR ASSURANCES / GESTION SANTÉ
44-50, avenue du Capitaine Glarner - 93407 SAINT-OUEN CEDEX
Tél. 01 49 48 12 14 - Fax 01 40 11 11 41

Article 1 - Objet de l'assurance

Le contrat groupe n°2349 est souscrit par GROUPE SOLLY AZAR au profit des clients de ses correspondants, auprès de la CAMEIC. Il garantit le remboursement de tout ou partie des dépenses médicales et chirurgicales consécutives à un accident ou une maladie sous réserve des exclusions figurant à l'article 6 ci-après, dans la limite des montants indiqués au tableau des garanties inscrit au Certificat d'Adhésion.

Le contrat EFFERVESCENCE SANTÉ respecte l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit «Responsable», dont notamment, le remboursement de certains actes de prévention, les minima de prise en charge de certains actes et produits et la non prise en charge de la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations, du dépassement d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins, de la participation forfaitaire, ainsi que des franchises instituées. En cas d'évolutions législatives ou réglementaires touchant « les contrats responsables », il pourra faire l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique. Les assurés en seront informés préalablement.

L'adhérent sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de son régime complémentaire santé adhèrera au contrat N° 2350 et à l'Association ARPTNS (Association de Retraite et de Prévoyance des Travailleurs non salariés). Cet adhérent s'engage alors à être à jour, pendant toute la durée de son adhésion au contrat N° 2350, de ses cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par le droit français et notamment le Code des assurances. La langue française sera utilisée pendant toute la durée du contrat.

Article 2 - Bénéficiaires

Bénéficiaire des garanties du présent contrat :

L'Adhérent et la ou les personnes désignées au Certificat d'Adhésion en qualité d'Assuré(s). Les enfants doivent être fiscalement à charge de l'Adhérent, de son conjoint ou de son concubin, s'il est bénéficiaire, jusqu'à leur 21^{ème} anniversaire ou jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ou se trouvent sous contrat d'apprentissage.

La garantie cesse à l'échéance principale suivant leur anniversaire.

Pour pouvoir bénéficier immédiatement de la garantie dès le 1er jour de sa naissance, le nouveau-né doit être déclaré à l'Assureur dans les 30 jours de sa naissance. A défaut, la garantie est acquise à compter du jour de réception de la demande de rajout de bénéficiaire.

Article 3 - Vos déclarations

Les Assurés, personnes physiques, doivent remplir les conditions suivantes :

a) **A l'adhésion**, l'Adhérent procède à certaines déclarations qui lui sont demandées et reprises sur son Certificat d'Adhésion. Ces déclarations permettent à l'Assureur d'évaluer correctement son engagement d'assurance et de percevoir une prime adaptée au risque garanti. Les garanties doivent par ailleurs être souscrites avant le 66^{ème} anniversaire de l'Assuré (21^{ème} anniversaire pour les enfants de l'Adhérent ou 26^{ème}

anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ou se trouvent sous contrat d'apprentissage).

b) **En cours d'adhésion**, l'Adhérent doit déclarer à l'Assureur dans les 15 jours :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion, à l'exclusion des éléments relatifs à l'état de santé des assurés,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un régime obligatoire,
- la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine
- et, chaque nouvel Assuré doit procéder aux déclarations prévues à l'adhésion.

MODIFICATION DE RISQUE EN COURS D'ADHÉSION

Si les éléments modifiés constituent une aggravation de risque, l'Assureur peut, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle prime qui, si elle est refusée, entraînera la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée moyennant préavis de 10 jours.

Si les éléments modifiés constituent une diminution de risque, l'Assureur peut diminuer la prime en conséquence. A défaut, l'Adhérent peut résilier l'adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

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

Article 4 - Formation et durée de l'adhésion

4.1 Date d'effet de l'adhésion

Toutes les garanties prennent effet pour chaque Assuré, sous réserves de l'encaissement effectif de la première prime, de la signature de la demande d'Adhésion et de l'article 4.2 ci-après, à compter de la date d'effet mentionnée sur la demande d'Adhésion et reprise dans le Certificat d'Adhésion. Il en est de même pour les avenants.

Toute modification de garantie, à la hausse ou à la baisse, prend effet à l'échéance anniversaire, moyennant un préavis de 2 mois.

4.2 Délais d'attente

A compter de la date d'effet de l'adhésion, la garantie est acquise pour chaque Assuré :

- **formules 1 et 2** : sans aucun délai d'attente sur toutes les garanties
- **formules 3, 4 et 5** : sans aucun délai d'attente sauf sur le poste «hospitalisation» où le délai d'attente est de 3 mois en cas de maladie.

*En cas d'assurance antérieure : l'Assureur limite ses engagements pour les sinistres survenant pendant ce délai d'attente, aux garanties «hospitalisation» acquises auprès de l'Assureur précédent sans pouvoir dépasser les garanties de la présente adhésion. A charge pour l'Assuré de prouver la nature, l'étendue et la date de cessation des garanties et sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption de garanties supérieure à 3 mois.

*En cas d'augmentation des garanties : l'Assureur limite ses engagements pour les sinistres survenant pendant ce délai d'attente aux garanties «hospitalisation» acquises dans la précédente option.

4.3 Durée de l'adhésion et des garanties

L'adhésion est conclue pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction, à la date anniversaire de la date d'effet, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties, dans les cas et selon les modalités fixées à l'article 10 ci-après.

A l'exception des cas visés aux articles L. 141-3, L. 113-9 et L. 326-12 du Code des Assurances, ***l'adhésion est viagère dès sa date de prise d'effet.***

Article 5 - Description des garanties

Le contrat garantit le remboursement des dépenses de santé médicalement prescrites et engagées entre les dates d'effet et de fin de la garantie, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité. Les prestations sont calculées et remboursées :

- soit suivant les modalités prévues par le calcul des prestations de la Sécurité Sociale française : Base de Remboursement (BR) en vigueur à la date des soins

- soit dans la limite d'un forfait par acte, par jour ou par an

L'indemnisation de l'Assureur ne peut pas excéder le montant des frais réels et, s'exerce, en fonction des garanties choisies à concurrence des montants indiqués au tableau inscrit au Certificat d'Adhésion.

5.1 Garantie en cas d'hospitalisation :

Pour les garanties à hauteur de 100% des frais réels engagés, une demande d'entente préalable sera exigée.

L'entente devra alors être délivrée par le Médecin Conseil de l'Assureur ou de son Mandataire. En cas de refus de sa part ou d'absence de demande de la part de l'Assuré, les garanties seront limitées à 400% de la Base de Remboursement.

5.2 Garantie des séjours en psychiatrie, sanatorium, préventorium, aérium, centre diététique ou médico-diététique, centre de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle, maison de repos ou de convalescence, maison d'enfants à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique et médico-psychopédagogique :

L'Assureur intervient sur la base du forfait journalier et de 100 % de la Base de Remboursement (sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire), ***à l'exclusion du remboursement de la chambre particulière et de tous autres frais. Par année d'adhésion et par Assuré, l'intervention est limitée à 30 jours pour la psychiatrie et à un maximum global de 30 jours pour tous les autres séjours. Le versement des indemnités journalières hospitalisation ou convalescence ne s'applique pas à ces séjours.***

5.3 Garantie des consultations de neuropsychiatres, psychiatres et médecins assimilés :

Elles sont prises en charge dans la limite de 3 consultations par an et par bénéficiaire. ***Ces prestations excluent le remboursement de tous autres frais liés au traitement des maladies psychiatriques et des dépressions nerveuses, y compris la psychothérapie ou psychanalyse.***

5.4 Garantie de la maternité :

Des prestations spécifiques peuvent couvrir les consultations, visites et soins de maternité, les actes médicaux liés à l'accouchement, la chambre particulière et prévoir le versement d'une prime de naissance ou d'adoption à la mère assurée, à condition que l'enfant soit désigné «bénéficiaire» au contrat dans les 90 jours suivant sa naissance ou son adoption. La prime est versée une seule fois en cas de naissance ou d'adoption multiple.

L'ensemble des prestations énoncées ci-dessus excluent le remboursement de tous autres frais, sauf en cas de grossesse ou d'accouchement pathologique où les garanties sont acquises de plein droit.

5.5 Garantie optique :

Le bonus optique est un remboursement complémentaire accordé à l'Assuré la première année d'adhésion et/ou les années suivantes en cas d'absence de tout remboursement optique l'année précédente pour le bénéficiaire concerné.

5.6 Garantie « actes de dépistage et soins préventifs » :

Le contrat garantit, dans la limite d'un plafond annuel, le remboursement de tout ou partie de frais de prévention pour des actes ou prescriptions faisant partie de la liste indiquée dans le tableau de vos garanties.

5.7 Garantie « médicaments d'auto-médication » :

Le contrat peut garantir, dans la limite d'un plafond annuel, le remboursement de médicaments achetés sans ordonnance, ***à condition qu'ils aient été délivrés par un pharmacien.***

Article 6 - Exclusions

6.1 Générales

Ne donnent pas lieu à indemnisation, les frais engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion, ainsi que les accidents ou maladies et leurs suites qui résultent :

- de la pratique par l'Assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record ;
- de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie d'un Assuré ;
- d'un acte intentionnel de la part de l'Assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente ;
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'Assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense) ; et de sa participation active à des crimes, émeutes, attentats, actes de terrorisme ou de sabotage ou mouvements populaires ;
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

6.2 Relatives à la nature de l'établissement ou du service

L'Assureur ne garantit pas les frais engagés pour le séjour dans les établissements ou services suivants :

- hélio-marins ou de thalassothérapie ;
- de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices de vieillards ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes.

6.3 Relatives aux hospitalisations et traitements suivants

L'Assureur ne garantit pas :

- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de la Compagnie indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du régime obligatoire de l'Assuré ;
- tous frais non consécutifs à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique ;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- les interventions ayant pour but de remédier à des maladies ou infirmités congénitales, ainsi que leurs suites, sauf pour les nouveau-nés sous réserve que l'enfant ait été déclaré à l'Assureur dans les 30 jours suivant sa naissance.

Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés ci-dessus et dans l'article 5.3, la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

EN AUCUN CAS LE VERSEMENT DE PRESTATIONS, MÊME EFFECTUE A PLUSIEURS REPRISES, NE SAURAIT CONSTITUER UNE RENONCIATION DE L'ASSUREUR A L'UNE DES EXCLUSIONS DE GARANTIES PREVUES AU CONTRAT.

Article 7 - Paiement des primes

L'Adhérent doit payer chaque prime à son échéance au Siège Social de l'Assureur ou de SOLLY AZAR Assurances. La prime, les accessoires et tous impôts, contributions et taxes sont payables d'avance.

Seront également à la charge de l'Adhérent tous impôts et taxes qui pourront être établis sur la prime postérieurement à l'adhésion. Sont également à la charge de l'Adhérent, les frais de poursuite et de recouvrement, dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.141-3 du Code des Assurances). De plus, si l'Adhérent a opté pour le prélèvement des primes, il est entendu que ce prélèvement cessera dès qu'une prime ou une fraction de prime restera impayée.

A défaut de paiement de la première prime ou d'une prime suivante (ou d'une fraction de prime) dans les dix jours de son échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice peut, par lettre recommandée valant mise en demeure, adressée à l'Adhérent à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre.

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

L'Assureur a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé ci-dessus ; la notification de la résiliation par l'Assureur peut être faite à l'Adhérent, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

Les coûts d'établissement et d'envoi des mises en demeure sont à la charge de l'Adhérent.

Article 8 - Evolution des primes

La prime indiquée au Certificat d'Adhésion est établie selon les déclarations de l'assuré à l'adhésion. Elle peut varier dans 2 cas :

8.1 Ajustement du tarif

Les primes varient à chaque échéance principale en fonction de l'indice national de la Consommation Médicale Totale. Elles peuvent également varier en fonction de l'évolution de la consommation du groupe assuré, composé des assurés ayant le même profil (profil repris dans votre Certificat d'Adhésion).

8.2 Révision du tarif

Pour des raisons de caractère technique liées à l'évolution des risques en général, l'Assureur peut être amené à modifier son tarif. Cette mesure pourra notamment intervenir si la participation à la charge de l'Assuré venait à être augmentée par une réglementation ultérieure du Régime Obligatoire. La révision de la prime pourra s'effectuer à compter de l'échéance qui suit cette modification.

En cas de majoration de la prime hors taxe, l'Adhérent aura alors le droit de résilier l'adhésion, par l'un des moyens indiqués à l'article 10 ci-après, dans les **15 jours** qui suivent celui où il aura eu connaissance de la majoration.

La résiliation prendra effet un mois après la notification de l'Adhérent et la Compagnie aura droit à la fraction de prime calculée sur les anciennes bases, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

A défaut de cette résiliation, la nouvelle prime sera considérée comme acceptée par l'Adhérent.

Article 9 - Sinistres

9.1 Justification des dépenses

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'Assuré doit adresser à l'Assureur (**Gestion Santé SOLLY AZAR, 44-50, avenue du Capitaine Glarner - 93407 Saint-Ouen Cedex, Tél. : 01 49 48 12 14, Fax : 01 40 11 11 41**), dans les 3 mois qui suivent la date des décomptes du Régime Obligatoire :

- 1) Les originaux des décomptes du Régime Obligatoire.
- 2) Une copie de la feuille de soins pour la garantie médecine naturelle.
- 3) L'original de la facture pour l'optique (et de la prescription médicale pour l'optique non remboursée par le Régime Obligatoire), les prothèses dentaires (où apparaît le numéro des dents) et l'orthodontie remboursées ou non remboursées par le Régime Obligatoire.
- 4) Les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance.
- 5) Une copie de la prescription médicale et de la feuille de soins pour les actes de dépistage et soins préventifs (hors substituts nicotiniques).
- 6) L'original de la facture pour les vaccins, les médicaments délivrés sans ordonnance et la consultation pharmaceutique.
- 7) La demande d'entente préalable avant d'engager des dépenses qui y **sont soumises, selon mention indiquée au Certificat d'Adhésion**.
- 8) Un bulletin de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille au nom de l'enfant (ou copie du jugement d'adoption) pour la prime de naissance.
- 9) Tous documents susceptibles de déterminer la nature et le montant des frais réellement engagés.
- 10) Tout élément permettant de déterminer, selon le cas, le service qui a prodigué les soins à l'Assuré ou le service dans lequel l'Assuré a effectué son séjour.

Télétransmission :

L'Assuré bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements ne devra envoyer que les justificatifs complémentaires, au moment où ils lui seront réclamés. En cas de rejet de la télétransmission, l'Assuré sera amené à nous soumettre un original ou un duplicata de son décompte.

Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

Si l'Assuré ne souhaite pas bénéficier des Echanges de Données Informatiques avec sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à : Gestion Santé SOLLY AZAR 44-50, avenue du Capitaine Glarner - 93407 Saint Ouen Cedex.

9.2 Paiement des remboursements de frais et des indemnités

Le paiement des indemnités dues au titre des présents contrats est effectué dans les 15 jours à partir de la réception des documents justificatifs, après accord des parties.

Les paiements à l'Assuré sont effectués en France et dans la monnaie légale de l'état français.

9.3 Contrôle des dépenses, Contrôle médical

L'Assureur peut demander à l'Assuré, tous renseignements ou documents qu'il juge utiles pour l'appréciation du droit aux indemnités. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'Assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

L'Assureur peut décider de faire examiner l'Assuré par un médecin de son choix. L'Assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, **sous peine d'être déchu du droit aux indemnités pour l'accident ou la maladie en cause**.

9.4 Arbitrage

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

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

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

9.5 Subrogation

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur exercera son recours, conformément à l'article L.131-2 du Code des Assurances, à concurrence des indemnités relatives aux frais de soins versées à l'Assuré.

Article 10 - Cessation des garanties

Toutes les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ou du contrat.

10.1 Résiliation de l'adhésion

A l'initiative de l'Adhérent :

- a) A chaque échéance annuelle de l'adhésion selon les dispositions de l'Article 4, moyennant un préavis de 2 mois.
- b) En cas d'augmentation de la prime résultant d'une révision du tarif dans les conditions prévues par l'article 8.2.
- c) En cas de changement de Régime Obligatoire en relation avec la situation antérieure ne correspondant plus à la situation nouvelle de l'Adhérent. La demande de résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la date de l'événement et prend effet un mois après sa notification à l'Assureur par lettre recommandée.
- d) En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre et dans les conditions prévus par les articles L 112-9 Du Code des Assurances et les articles L 112-2-1 et L 121.20.8 et suivants du Code de la Consommation.

La notification doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de l'Assureur ou de SOLLY AZAR Assurances.

A l'initiative de l'Assureur :

- a) En cas d'aggravation du risque dans les conditions prévues à l'article 3.
- b) En cas de non paiement de la prime (art. L.141-3 du Code des Assurances). L'Assureur a alors droit à une indemnité de résiliation égale à la portion de prime afférente à la période postérieure à la résiliation.
- c) En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion (art. L.113-9 du Code des Assurances).

La notification à l'Assuré est faite par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu de l'Adhérent. La date d'envoi constitue le point de départ du préavis

Elle intervient de plein droit :

- a) En cas de fixation de domicile hors France Métropolitaine ; l'Adhérent devant en informer l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception adressée dans les trois mois qui suivent la date d'installation et la résiliation prenant effet un mois après sa notification à l'Assureur.
- b) En cas de décès de l'Adhérent. S'il n'est pas seul assuré, l'adhésion continue de produire ses effets à l'égard des autres Assurés, à charge pour eux d'exécuter les obligations dont était tenu l'Adhérent, jusqu'à l'échéance principale suivante. A cette date, une nouvelle adhésion leur sera proposée.

Tiers-payant :

En cas de suspension ou de résiliation de l'adhésion, l'Adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte Tiers-payant à l'Assureur. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

10.2 Résiliation des contrats :

- a) La résiliation du contrat groupe souscrit au profit de l'ensemble du groupe mentionné au Certificat d'Adhésion peut être demandée par le GROUPE SOLLY AZAR ou par l'Assureur à l'échéance annuelle du contrat fixée au 31/12.

b) Elle intervient également de plein droit en cas de retrait d'agrément de l'Assureur (art. L.326.12 du Code des Assurances).

Article 11 - Territorialité

La garantie de la présente adhésion s'exerce en France Métropolitaine. Elle s'étend aux accidents survenus et aux maladies contractées à l'Étranger, lorsque le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie du bénéficiaire s'applique mais le règlement est effectué en France et en Euros.

Article 12 - Prescription

Toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions déterminées aux articles L.114-1 et 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 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 13 - Médiation

En cas de difficultés dans l'application des présents contrats, l'Adhérent ou l'Assuré consultera d'abord son interlocuteur habituel qui s'engage à traiter la réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible. Si la réponse ne le satisfait pas, l'Adhérent ou l'Assuré pourra demander l'avis du médiateur en écrivant à l'adresse suivante : Médiateur de la FFSA - BP 290 – 75425 PARIS CEDEX 09

Article 14 - Informatique et libertés

Les assurés sont protégés par la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978. Le responsable du traitement des données personnelles est SOLLY AZAR Assurances auprès duquel les Assurés peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de l'Assureur, du gestionnaire et de ses correspondants. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : SOLLY AZAR Assurances - 60, rue de la Chaussée d'Antin - 75439 Paris Cedex 09.

Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le suivi de votre dossier par SOLLY AZAR Assurances, destinataire, avec l'Assureur, les réassureurs, ses mandataires et mandants de l'information. Elles pourront également servir à l'envoi de documents concernant les produits des contrats diffusés par le GROUPE SOLLY AZAR, et ses mandants. Cependant, si l'Assuré ne souhaite ne pas être sollicité, il peut le faire savoir à SOLLY AZAR Assurances, par simple courrier à l'adresse précitée.

Article 15 - Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par les présents contrats est l'Autorité de Contrôle des Assurances, Mutuelles et des Institutions de Prévoyance – 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Article 16 – Vente à distance

En application des termes de l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances, vous disposez d'un droit de renonciation pendant 14 jours calendaires, délai qui court à compter de la date de réception de votre certificat d'adhésion.

L'adhésion cesse à la date de réception de la lettre de renonciation. Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur s'engage à vous les rembourser dans un délai de 30 jours.

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

Pour exercer votre droit à renonciation vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après, à adresser en lettre recommandée avec avis de réception au GROUPE SOLLY AZAR

Monsieur, Madame,

Je soussigné(nom-prénom-adresse) déclare par la présente renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance Effervescence Santé n°....., conclue le.....

Je demande le remboursement de la cotisation ou fraction de cotisation versée au titre de la dite adhésion au contrat pour la période de garantie non écoulée et je m'engage à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Fait à Le,
signature.....

DEFINITIONS

Accident :

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

Adhérent :

Personne qui a souscrit l'adhésion et qui est désignée sous ce nom au Certificat d'Adhésion (ou toute autre personne qui lui serait substituée).

Aggravation de risque :

Circonstances nouvelles qui, si elles avaient existé lors de la conclusion de l'adhésion, auraient entraîné le refus de contracter de l'Assureur ou la perception d'une prime plus élevée.

Année d'assurance :

Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

Ayants droit :

Le conjoint, à défaut les enfants, à défaut les héritiers de l'Assuré.

Base de remboursement :

Tarif de base déterminé par la Sécurité Sociale Française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non.

Bénéficiaires :

L'Adhérent et la ou les personnes désignées au Certificat d'Adhésion comme Assuré(s).

Certificat d'Adhésion :

Document reprenant les éléments personnels de chaque assuré, ainsi que leurs déclarations et les garanties souscrites.

Chirurgie de la myopie (réfractive) :

Intervention chirurgicale destinée à réduire la myopie par modification de la géométrie de la cornée en utilisant la technique du laser.

Date de conclusion de l'adhésion :

Date de signature de la demande d'adhésion par l'Adhérent, mentionnée en tant que telle sur ce document par lui-même.

Délai d'attente :

Période pendant laquelle la garantie n'est pas acquise.

Echéance principale :

Correspond à la date anniversaire de l'adhésion.

Entente préalable :

Procédure par laquelle l'Assuré demande accord préalablement à l'engagement des soins sur la garantie et le montant des prestations pris en charge (document pré-imprimé disponible sur simple demande).

Hospitalisation :

Tout séjour dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident garantis. Est considérée comme une hospitalisation unique, deux ou plusieurs hospitalisations dues à la même maladie ou au même accident qui ne sont pas séparées par plus de 30 jours.

Implants dentaires :

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

Maladie :

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

Médecine naturelle :

Ce terme désigne les actes et prescriptions des homéopathes, acupuncteurs, ostéopathes, chiropracteurs, et étioopathes inscrits au registre officiel de la Sécurité Sociale française ou adhérents de l'un des organismes suivants : Registre des Ostéopathes de France, Union Fédérale des Ostéopathes de France, Syndicat National des Ostéopathes de France, Syndicat Français des ostéopathes, Association Française d'ostéopathie, Association Française des Chiropractiques, Chambre nationale des Ostéopathes, Registre National des Etiopathes. Cette liste pourra être élargie ultérieurement par l'Assureur.

Médicament :

Substance prescrite par un médecin et délivrée par un pharmacien et disposant d'une Autorisation de Mise sur le Marché délivrée par le Ministère de la Santé ou résultant d'une préparation magistrale. Cette définition exclut toutes prothèses et appareillages.

Orthodontie :

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

Orthopédie :

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

Parodontologie :

Discipline qui vise à l'étude du diagnostic et du traitement des maladies des dents et des gencives.

Pharmacie :

Produits prescrits par un médecin pour prévenir ou guérir une maladie ou les suites d'un accident garanti, et délivrés par un pharmacien.

Régime obligatoire :

Régime légal français de Prévoyance Sociale auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire et, qui est précisé au Certificat d'Adhésion.

Tarif d'autorité :

Tarif fixé par les caisses des différents régimes obligatoires pour calculer le remboursement des honoraires et soins dispensés par l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux non liés par une convention nationale.

Tarif de convention :

Tarif fixé par les caisses des différents régimes obligatoires pour calculer le remboursement des honoraires et soins dispensés par l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux soumis à une convention nationale.

Tarif de responsabilité :

Selon le cas, tarif de Convention ou tarif d'Autorité du régime obligatoire.

Ticket modérateur :

Fraction du tarif de responsabilité du régime obligatoire qui reste à charge du bénéficiaire.

Transport :

Le transport du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le plus proche et vice versa, à condition que le transport ait été effectué d'urgence ou sur l'ordre du médecin.

CAMEIC, société d'assurances mutuelle à cotisations variables, Entreprise régie par le Code des Assurances
25 rue de Madrid – 75008 PARIS

GARANTIES D'ASSISTANCE

Définitions

Bénéficiaire

- Personne physique ayant souscrit un contrat Effervescence Santé
- Son conjoint ou concubin (y compris la personne ayant conclu un PACS avec elle), non séparé,
- Ses enfants fiscalement à charge.

Domicile

Lieu de résidence principale en France Métropolitaine ou Principautés de Monaco et Andorre.

Ascendant à charge

Tout ascendant (parents, beaux-parents et grands-parents) vivant sous le toit du bénéficiaire et fiscalement à sa charge est considéré comme ascendant à charge.

Alitement

Immobilisation imprévue du Bénéficiaire constatée par un médecin et nécessitant le maintien en position allongée et l'absence de sorties, prescrits par un médecin.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail n'autorisant pas les sorties, spécifiant la durée et prescrivant l'alitement.

Maladie

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.
Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge
Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine)

Accident corporel

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Transport

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

Risque couvert

Les services de la présente convention sont accessibles à l'occasion de chaque grossesse médicalement constatée et attestée par un certificat médical pour les garanties BEBE ASSISTANCE

Territorialité

Le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France Métropolitaine et Principautés de Monaco et Andorre.

Période de jouissance

Elle est de 18 (dix-huit) mois consécutifs au plus, commençant au plus tôt 9 (neuf mois) avant la date de naissance théorique, et finissant au plus tard 9 mois après la date de naissance théorique.

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat Effervescence Santé et de l'accord liant GROUPE SOLLY AZAR et Mondial ASSISTANCE FRANCE pour la délivrance de ces prestations.

I / BEBE ASSISTANCE

PENDANT TOUTE LA PERIODE DE JOUISSANCE

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à la disposition du bénéficiaire les services Bébé Assistance ci-après :

1/ Informations et prévention

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi (hors jours fériés) de 9h00 à 18h00, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans les domaines ci-après :

1.1/ Informations sur les modes de garde

- Quand doit-on inscrire en crèche son enfant à naître ?
- Quelles différences de compétences entre les différents modes de garde ?
- Y a-t'il des avantages fiscaux spécifiques à l'un ou à l'autre des modes de gardes ?
- Conserve-t'on des avantages fiscaux si on emploie un membre de la famille ?
-

Si besoin, l'assistante sociale de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aide le bénéficiaire à calculer les coûts de différents modes de garde en fonction de sa situation et de son lieu de résidence.

1.2/ Informations sur les maternités

Informations à caractère documentaire collectées par le Ministère de la Santé (*) :

- les maternités, leurs coordonnées, leurs équipements,
- les méthodes d'accouchement pratiquées.

(*) source SAE : Ministère de la santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, DREES.

1.3 / Informations juridiques, sociales, fiscales – Démarches administratives liées à la grossesse ou à l'arrivée de l'enfant

- Doit-on déclarer la naissance à la mairie de la maternité ou à la mairie de son domicile ?
- Quel est le délai à ne pas dépasser ?
- Quels documents sont nécessaires ?
- Doit-on aussi déclarer la naissance à l'administration fiscale ou peut-on attendre l'année suivante ?
- Existe-t'il un arrêt de travail pour allaitement ?
- Combien de séances de préparation à l'accouchement sont remboursées par la Sécurité Sociale ?
- Quels sont les impacts fiscaux de l'arrivée d'un enfant au foyer ?

Si besoin, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE orientera le bénéficiaire vers les organismes professionnels susceptibles de lui apporter une réponse ou une aide spécifiques.

1.4 / Information Médicale

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin. En cas d'urgence médicale, il convient d'appeler les services médicaux d'urgence dûment habilités (ex : centre 15).

- Dans quels cas pratique-t'on la césarienne ? Quels sont les risques ? Le père peut-il être présent ? Peut-on allaiter ? Reste-t'on plus longtemps à la maternité ?
- A quel moment peut-on demander une péridurale ?
- Qu'est-ce qu'une amniocentèse ? Est-ce dangereux ?
- Puis-je passer sans risque des radiographies ?
- Quelles sont les différentes méthodes de préparation à l'accouchement et où puis-je me renseigner à ce sujet ?

- Puis-je prendre du fluor ? Des antibiotiques ?
- Où puis-je trouver une sage-femme libérale ?
- Ai-je le droit à une sage-femme à ma sortie de la maternité ?
- Y a-t-il un intervalle optimal entre deux naissances ?
- A quel âge peut-on sortir bébé ?
- Sommeil : combien de temps doit dormir le nouveau-né ? Faut-il le réveiller pour le nourrir ? A quelle température doit être la chambre ?
- Hygiène : à quelle température faut-il baigner le nouveau-né ? comment soigner les yeux, les oreilles, le nez, les ongles ?
- Que faire en attendant le médecin en cas de fièvre, vomissements, diarrhée... ?

1.5 / Informations Alimentation et Diététique

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

- J'ai entendu dire qu'il fallait éviter les édulcorants pendant la grossesse. Est-ce vrai ?
- Comment contrôler la prise de poids sans excès pendant la grossesse ?
- Allaitement maternel : comment donner le sein ? Combien de tétées faut-il donner par jour ? quel est l'intervalle entre deux tétées ?
- Alimentation de la maman : comment retrouver mon poids d'avant la grossesse ? Est-ce que des restrictions auront un impact sur la qualité de mon lait ?
- Allaitement artificiel : jusqu'à quel âge doit-on stériliser les biberons et les tétines ? Avec quelle eau faire les biberons ?
- A partir de quel âge peut-on donner des légumes et fruits au nouveau-né ?
- Peut-on parfumer le lait de suite avec du chocolat ?
- Peut-on faire des desserts soi-même avec du lait de suite ?
- Doit-on sucrer les laitages ?
- Si on fait une purée pour toute la famille avec le lait habituel, peut-on en donner à bébé ?

1.6 / Informations Relations Parents / Enfants

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un spécialiste.

- le « baby blues », les relations parents / enfant,
- la gestion psycho-affective de l'arrivée d'un petit frère ou d'une petite sœur,
- le rôle du père, ...

1.7 / Programme de Prévention chez la femme enceinte

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE communique au bénéficiaire, des informations détaillées sur des pathologies affectant les parturientes (hypertension gravidique, diabète gestationnel, tabagisme durant la grossesse...).

Parallèlement à ce service et si le bénéficiaire le souhaite, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE lui explique les modalités de prévention envisageables ainsi que les modalités de dépistage pour chaque pathologie.

En aucun cas les renseignements ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

1.8 / Calendrier Vaccinal

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un spécialiste.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE communique au bénéficiaire, des informations sur le calendrier vaccinal : vaccins obligatoires, vaccins recommandés, modalités de la vaccination, suites prévisibles de la vaccination, ...

2 / Aide à la vie quotidienne

Certaines tâches sont plus difficiles à exécuter pendant la grossesse ou en présence d'un nouveau-né.

Sur simple appel téléphonique, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met le bénéficiaire en relation avec les professionnels de son réseau :

- ambulances, taxis
- gardes d'enfants
- auxiliaire de puériculture
- aide ménagère
- dépanneurs/artisans
- déménageurs

Le coût des prestations fournies par ces professionnels reste à la charge du bénéficiaire.

PENDANT LA GROSSESSE

En cas d'hospitalisation de plus de 5 jours ou d'immobilisation au domicile avec alitement de plus de 2 semaines ci-après dénommée «immobilisation», et si aucun proche n'est disponible sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales :

La présence d'un proche au domicile

voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient aider le bénéficiaire à son domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Garde au domicile » des enfants de moins de 15 ans » ci-après.

Le service « Présence d'un proche au domicile » est limité à 2 périodes d'hospitalisation ou d'immobilisation au cours de la grossesse.

Le séjour à l'hôtel de la personne désignée au paragraphe « Présence d'un proche au domicile » dans la limite de 50 € TTC par nuit, avec un maximum de 150 € TTC.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au domicile ».

La garde au domicile des enfants de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures par période d'hospitalisation ou d'immobilisation. Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher. Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile.

Le service «garde au domicile des enfants de moins de 15 ans» est limité à 2 périodes d'hospitalisation ou d'immobilisation au cours de la grossesse.

L'aide ménagère à domicile

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures par période d'hospitalisation ou d'immobilisation. Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie, entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire. La demande d'aide ménagère doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 (quinze) jours suivant le début de l'hospitalisation ou de l'immobilisation au domicile avec alitement attesté par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical d'alitement.

Le service «aide ménagère» est limité à 2 périodes d'hospitalisation ou d'immobilisation au cours de la grossesse.

L'assistance aux démarches administratives

intervention d'un coursier afin de retirer ou déposer auprès des organismes désignés par le bénéficiaire, tous dossiers ou documents urgents nécessaires aux inscriptions ou démarches administratives liées à la grossesse ou à la naissance de l'enfant.

La prise en charge de cette prestation est limitée à un maximum de 30 € TTC par grossesse. Elle peut être fournie entre 8h et 17h, du lundi au vendredi, hors jours fériés.

La livraison de médicaments en urgence :

recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile de médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE et est accessible 24h/24, 7jours / 7.

Les déplacements pour examens et analyses

transport aller et retour en ambulance, véhicule sanitaire léger ou taxi si le bénéficiaire doit passer des examens médicaux ou faire des analyses médicales pendant son immobilisation au domicile avec alitement.

La prise en charge financière du transport se fera en complément et sur justificatifs des remboursements éventuels obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié.

A LA NAISSANCE

Si, le jour de l'accouchement et/ou dans les 15 jours suivant la naissance, le père est hospitalisé plus de 5 jours ou immobilisé au domicile plus de 7

jours et si aucun proche n'est disponible sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

La présence d'un proche au domicile

voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient aider le bénéficiaire à son domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Garde au domicile des enfants de moins de 15 ans » ci-après. Elle est accordée 1 fois dans les 15 jours suivant la naissance. La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 jours suivant l'accouchement.

Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au domicile », dans la limite de dans la limite de 50 € TTC par nuit, avec un maximum de 150 € TTC.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au domicile ».

La garde au domicile des enfants de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures par période d'hospitalisation ou d'immobilisation. Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer des repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au domicile » ci-dessus. Elle est accordée 1 fois dans les 15 jours suivant la naissance. La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 jours suivants l'accouchement. Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile.

L'aide ménagère au domicile

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures durant le séjour de la bénéficiaire à la maternité ou à son retour au domicile. Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire.

Cette prestation est accordée 1 fois dans les 15 jours suivant la naissance. La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 jours suivants l'accouchement.

Le transport de la future accouchée jusqu'à la maternité

le jour de l'accouchement, en ambulance, véhicule sanitaire léger ou taxi. La prise en charge financière du transport se fera en complément et sur justificatifs des remboursements éventuels obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié.

En cas d'urgence médicale, il convient d'appeler les services médicaux d'urgence dûment habilités : Centre 15, Pompiers 18.

APRES LA NAISSANCE

Si, après la naissance et pendant les 9 (neuf) mois qui suivent, la mère et / ou le nouveau-né sont hospitalisés plus de 5 jours, et si aucun proche n'est disponible sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

La présence d'un proche au domicile

voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient aider le bénéficiaire à son domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Aide ménagère » ci-après. Elle est accordée 2 fois pendant les 9 (neuf) mois qui suivent la naissance. La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 (quinze) jours suivants le début de l'hospitalisation attesté par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical.

Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au domicile » dans la limite de 50 € TTC par nuit, avec un maximum de 150 € TTC.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au domicile ».

La garde au domicile des enfants de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures par période d'hospitalisation ou d'immobilisation. Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer des repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestations « Présence d'un proche au domicile » ci-dessus. Elle est accordée 2 fois pendant les 9 (neuf) mois qui suivent la naissance. La demande doit sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile.

L'aide ménagère au domicile

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures durant le séjour de la bénéficiaire à l'hôpital ou à son retour au domicile. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire.

Cette prestation est accordée 2 fois pendant les 9 (neuf) mois qui suivent la naissance. La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 (quinze) jours suivants le début de l'hospitalisation attesté par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical.

L'aide aux soins du bébé au domicile

dans la limite des disponibilités locales, par une auxiliaire de puériculture pour un maximum de 8 heures par période d'hospitalisation, afin d'aider la mère dans les soins du nouveau-né (change, biberons, bains) à leur retour au domicile.

Cette prestation est accordée 2 fois pendant les 9 (neuf) mois qui suivent la naissance. La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 (quinze) jours suivants l'hospitalisation attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical.

Le soutien psychologique

par les psychologues cliniciens du service Ecoute et Accueil Psychologique de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

L'entretien téléphonique, mené par des professionnels qui gardent une écoute neutre et attentive, permet au bénéficiaire de se confier et de clarifier la situation psychologique à laquelle il est confronté.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie régissant l'exercice de la profession de psychologue, et ne sauraient en aucun cas initier une psychothérapie par téléphone.

En fonction de la situation et des attentes du bénéficiaire, un rendez-vous pourra être organisé pour le bénéficiaire avec un psychologue diplômé d'état proche de son domicile.

Dans ce cas, les frais de consultation demeurent à la charge du bénéficiaire.

II / ASSISTANCE SANTE

INFORMATION, PREVENTION

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans le domaine de la santé:

Informations d'ordre général sur la santé :

- les urgences (n° samu, pompier, centre anti-poison ...)
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- les problèmes d'alcool, de tabagisme
- les problèmes de poids
- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...)
- la grossesse et l'accouchement : les médicaments interdits/à éviter, les examens à effectuer (obligatoires/facultatifs)
- les maladies infantiles
- les vaccinations à effectuer : caractère obligatoire/conseillés, risques liés à la vaccination
- les troubles de l'adolescence
- les maladies du 3ème/4ème âge
- l'alimentation : en général et en fonction de certaines pathologies : ex : le diabète
- les médicaments : les médicaments génériques

- informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre... (ex : rougeole, sida...)
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité Sociale...)

EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT AU DOMICILE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits.

Toutefois, en cas de difficultés, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics.

Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

1 / ADMISSION A L'HOPITAL

Si le bénéficiaire le souhaite, et sur prescription médicale uniquement, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

La recherche et la réservation d'une place en milieu hospitalier

public ou privé, dans la limite des disponibilités dans les établissements hospitaliers situés dans un rayon de 100 km autour du domicile du bénéficiaire.

Le transport transport du bénéficiaire à l'hôpital et le retour au domicile

par ambulance, de son domicile vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital de son choix situé dans un rayon de 50 km maximum autour de son domicile.

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié. En conséquence, le bénéficiaire s'engage à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes et à verser à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE toutes sommes perçues par lui à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

L'information à la famille

ou aux personnes préalablement désignées par le bénéficiaire du lieu d'hospitalisation où elles pourront prendre de ses nouvelles.

2 / GARANTIE EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 4 JOURS CONSECUTIFS

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient à son chevet.

Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 45 € TTC par nuit, avec un maximum 90 € TTC. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

La télévision à l'hôpital

remboursement de la location d'une télévision dans la chambre d'hôpital, sous réserve de l'équipement en TV de l'établissement hospitalier, de la disponibilité de l'appareil et de l'autorisation du médecin soignant, dans la limite de 75 € TTC par période d'hospitalisation. Les frais engagés seront pris en charge uniquement s'ils ont fait l'objet d'un accord exprès préalable de la part de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

La garde au domicile des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante.

Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

A l'issue de cette prestation et si l'hospitalisation doit se prolonger, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pourra organiser soit la Présence d'un proche au domicile, soit le transfert des enfants chez un proche.

La présence d'un proche au domicile

voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour s'occuper des enfants ou petits enfants de moins de 15 ans à la charge du bénéficiaire.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des enfants ou petits enfants chez un proche ».

Le transfert des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche

voyage aller et retour jusqu'chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au domicile ».

Une veille sur les ascendants

par une personne de compagnie, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation.

Chaque prestation de la personne de compagnie dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

- soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum par période d'hospitalisation,
- soit chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet » ci-dessus.

3 / GARANTIE AU DOMICILE EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE ENTRAINANT UNE IMMOBILISATION DE PLUS DE 4 JOURS CONSECUTIFS

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient à son chevet.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des enfants ou petits enfants chez un proche ».

Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 45 € TTC par nuit, avec un maximum 90 € TTC. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

La garde au domicile des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante.

Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

A l'issue de cette prestation et si l'immobilisation doit se prolonger, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pourra organiser soit la Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire, soit le transfert des enfants chez un proche.

Le transfert des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche

voyage aller et retour jusqu'chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

La livraison de médicaments en urgence

recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE et est accessible 24h/24, 7jours / 7.

L'aide ménagère à domicile

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 15 heures pouvant être réparties sur 3 semaines.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire.

Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile.

La prestation d'aide ménagère peut également être fournie en cas de chimiothérapie ambulatoire, à l'issue de chaque séance et pour un maximum de 30 heures réparties sur 10 séances.

Dans tous les cas, cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

- soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum par période d'immobilisation,
- soit chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet » ci-dessus.

La livraison et la mise à disposition du matériel médical

qui lui a été prescrit par son médecin. La demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier ou télécopie. Le coût du matériel médical reste à la charge du bénéficiaire.

La recherche d'un médecin

en l'absence du médecin traitant, à l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone (médecin de garde ou service d'urgence).

Dans ce cas, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE n'est pas responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

La recherche d'une infirmière

sur prescription médicale, le plus près possible de l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone.

Dans ce cas, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE n'est pas responsable si aucune infirmière n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

PRESTATIONS SPECIALES POUR ENFANT HOSPITALISE OU IMMOBILISE AU DOMICILE

Pendant l'immobilisation au domicile sans hospitalisation ou pour convalescence, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, si l'immobilisation doit durer plus de 4 jours et si aucun proche n'est disponible sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

La garde au domicile de l'enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent.

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'immobilisation.

Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est assurée par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens. Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile.

La conduite de l'enfant à l'école

s'il peut assister à ses cours mais qu'il a des difficultés à se déplacer et qu'aucun proche ne peut assurer son transport. Le transport est organisé par taxi et pris en charge à hauteur de 300 € TTC maximum par période d'immobilisation.

Une aide pédagogique dans les matières scolaires principales.

lorsque l'immobilisation imprévue au domicile entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs. Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner le répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe du bénéficiaire. Il pourra, avec l'accord du bénéficiaire et de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels du bénéficiaire l'étendue du programme à étudier.

L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de 1 mois, pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi, à raison de 15 heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables par tranche de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire.

La mise en place de l'aide pédagogique peut nécessiter un délai 2 jours ouvrés.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'hospitalisation imprévue de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par GROUPE SOLLY AZAR auprès de Fragonard Assurances (S.A. au capital de 25 037 000 euros - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 2 Rue Fragonard - 75017 PARIS) sont mises en œuvre par Mondial Assistance France (société par actions simplifiée au capital de 7 538 389,65 € - 490 381 753 RCS Paris - Siège social: 54 rue de Londres 75008 Paris - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669).

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle. Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tous actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non respect par le bénéficiaire des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au bénéficiaire le remboursement des frais exposés

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si MONDIAL ASSISTANCE FRANCE a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès.

Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aurait engagés pour organiser le service.

Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Les informations fournies par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE sont des renseignements à caractère documentaire. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours.

La responsabilité de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui auront été communiqués.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE s'engage alors à répondre dans un délai de 2 (deux) jours ouvrés.

Conditions applicables aux services d'assistance à la personne au domicile

Les prestations énoncées dans la présente convention ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation,...). Ce justificatif sera adressé au médecin MONDIAL ASSISTANCE FRANCE qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi le dit justificatif.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées ci-avant ne peut donner lieu au remboursement que si MONDIAL ASSISTANCE FRANCE a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs, dans la limite de ceux que MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aurait engagés pour organiser le service.

Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance au domicile peut nécessiter un délai d'une demi journée ouvrée.

La prestation « Garde au domicile de l'enfant convalescent de moins de 15 ans n'est pas ouverte :

- pendant les congés légaux du ou des parents et de la nourrice employée et déclarée,
- lorsqu'un membre majeur de la famille est présent au domicile.

La prestation « Aide pédagogique » n'étant pas conçue pour services les convenances personnelles, toute fausse déclaration, falsification ou tentative de fraude entraîne la perte du bénéfice de la prestation et le remboursement immédiat des sommes éventuellement engagées par MONDIALASSISTANCE FRANCE pour sa réalisation.

Exclusions Générales

Sont exclus :

- o les demandes non justifiées
- o les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées
- o les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile
- o les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile
- o les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat
- o les maladies chroniques psychiques
- o les maladies psychologiques antérieurement avérées/constituées (ou) en cours de traitement
- o les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées
- o les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance
- o les états de grossesse, sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 36^{ème} semaine d'aménorrhée (sauf pour les prestations de BEBE ASSISTANCE qui sont acquises pour les états de grossesse)
- o les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, et de l'absorption d'alcool
- o les conséquences de tentative de suicide
- o 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 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 du pays où le bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire

- o les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense
- o les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche
- o la plongée sous marine si le bénéficiaire ne pratique pas ce sport dans une structure adaptée et reconnue par la CMAS (Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques) et si en cas d'accident, le bénéficiaire n'a pas été pris en charge par un centre de traitement hyperbare (MONDIAL ASSISTANCE FRANCE n'intervient qu'après cette première prise en charge pour organiser l'assistance médicale).

Mise en œuvre des garanties

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 auprès de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE au numéro suivant : 01.40.25.58.59, accessible 24h/24, 7 jours / 7, sauf mentions contraires.

En indiquant :

- le nom et le n° du contrat souscrit 920771,
- le nom et le prénom du bénéficiaire
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint.