

ARTICLE 1 - LE CADRE JURIDIQUE ET CONTRACTUEL

Le présent contrat est régi par la loi française et en particulier par la législation fiscale en vigueur ainsi que par la réglementation de la Sécurité sociale. Il est formé des présentes Conditions générales valant note d'information, des Conditions particulières et ouvre droit aux garanties d'assistance régies par des dispositions spécifiques.

En cas de modification de ce cadre juridique et fiscal, le contrat en cours se verra appliquer les nouvelles modalités.

L'adhérent, tel que défini à l'article 4, devient membre de la Mutuelle Malakoff Médéric (Mut2M), une mutuelle du groupe Malakoff Médéric soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, et reçoit, à ce titre, un exemplaire des statuts. L'ensemble des informations et des tarifs sont valables pour l'année civile en cours et peuvent être modifiés au 1^{er} janvier de l'année suivante. En tout état de cause, les droits et obligations des adhérents peuvent être modifiés par voie d'avenant au présent contrat.

ARTICLE 2 - L'OBJET DU CONTRAT

En l'échange du paiement de cotisations, l'organisme assureur garantit aux assurés, tels que définis à l'article 4, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

ARTICLE 3 - LA DURÉE DU CONTRAT - LE RENOUVELLEMENT

Le contrat prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'adhésion. La date d'effet est indiquée aux Conditions particulières et ne peut excéder un délai de 6 mois suivant la réception de la demande d'adhésion. Le contrat expire le 31 décembre suivant. Sous réserve des dispositions prévues à l'article 11, il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'adhérent, signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant le 31 décembre précédant la reconduction.

L'organisme assureur s'interdit de résilier, sauf en cas de non-paiement des cotisations conformément aux dispositions de l'article L 221-7 du Code de la mutualité.

ARTICLE 4 - LES INTERVENANTS AU CONTRAT**L'adhérent**

Il s'agit de la personne physique qui souscrit au présent contrat et qui paye les cotisations. Seules les personnes physiques âgées de moins de 75 ans peuvent souscrire au présent contrat.

L'organisme assureur

Il s'agit de la mutuelle dénommée « Mutuelle Malakoff Médéric » (Mut2M), une mutuelle du groupe Malakoff Médéric soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, qui paye les prestations.

Les assurés

Ce sont la ou les personnes garanties par le présent contrat et définies aux Conditions particulières. Ils sont les bénéficiaires des prestations servies au titre du présent contrat.

ARTICLE 5 - LE BÉNÉFICIAIRE DU CONTRAT

Les prestations sont accordées à l'adhérent et aux autres membres de sa famille qu'il choisit de faire bénéficier des garanties du présent contrat, sous réserve qu'ils soient âgés de moins de 75 ans :

- son conjoint, et à défaut :

- la personne physique liée à l'adhérent par un PACS (pacte civil de solidarité) ;
- son concubin notoire, célibataire, divorcé ou veuf, à charge ou non à charge, sous réserve qu'il réside sous le même toit que l'adhérent, l'adresse figurant sur l'attestation de la carte vitale faisant foi.

- De même, peuvent être pris en considération les enfants de l'adhérent, de son conjoint assuré ou de son concubin assuré au titre du présent contrat à charge au sens de la Sécurité sociale et figurant sur l'attestation jointe à la carte VITALE :

- de moins de 25 ans, pris en compte par les services fiscaux pour la détermination du quotient familial, s'ils poursuivent leurs études secondaires

ou supérieures ou s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage,

- de plus de 25 ans et de moins de 28 ans, célibataires, s'ils poursuivent leurs études supérieures et sont affiliés à la Sécurité sociale des étudiants ou s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage,
- de moins de 28 ans, pris en compte par les services fiscaux pour la détermination du quotient familial, s'ils perçoivent au titre des personnes handicapées une allocation, sous réserve que leur incapacité ait été reconnue avant leur 18^e anniversaire ou pendant leurs études ou leur apprentissage.

Ces personnes peuvent être affiliées à la même date que l'adhérent.

En cas d'affiliation postérieure à celle de l'adhérent, ces personnes ne peuvent être affiliées qu'au 1^{er} jour du mois civil qui suit la demande d'affiliation auprès de l'organisme assureur.

ARTICLE 6 - LES OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT**6.1 - Les formalités d'adhésion**

L'adhérent doit remplir une demande d'adhésion dont les informations recueillies servent de base à l'établissement des Conditions particulières. Les Conditions particulières comportent notamment :

- la date d'effet du contrat,
- la liste des assurés et leur date de naissance,
- la nature, les options choisies (FORM, renfort - **MAX, MAXI, MAXÉO** - et/ou l'option supplémentaire « PLUS ») et le montant des garanties, ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur. Le choix d'options effectué par l'adhérent vaut pour l'ensemble des assurés garantis par le présent contrat.
- le montant de la cotisation correspondant à l'ensemble des garanties choisies.

6.2 - Les changements de situation familiale

La liste des personnes retenues au départ de l'adhésion peut être modifiée pour tenir compte de l'évolution de la situation familiale (mariage, naissance, divorce...).

L'adhérent devra, dans les 30 jours suivant l'événement, en informer la mutuelle et lui communiquer les informations administratives correspondantes, afin qu'elles soient prises en compte dans le contrat. Il recevra en retour un avenant aux Conditions particulières tenant compte de sa nouvelle situation.

ARTICLE 7 - LES GARANTIES

La nature et le niveau des garanties choisies par l'adhérent sont précisés dans un tableau annexé aux Conditions particulières.

Les prestations de l'organisme assureur sont accordées à tout assuré résidant habituellement en France, pour tout acte résultant d'accident, de maladie ou de maternité ayant donné lieu à remboursement par le régime général de la Sécurité sociale des travailleurs salariés, du régime Alsace-Moselle ou du régime minier.

Toutefois, les Conditions particulières peuvent prévoir des prestations pour certains actes non remboursés par ces régimes qui sont expressément mentionnées au tableau de garanties.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période des garanties choisies comprise entre la date d'effet et la date de résiliation desdites garanties, la date de soins figurant sur le décompte de prestations de la Sécurité sociale faisant foi.

Les frais engagés d'une manière occasionnelle à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge partiellement par la Sécurité sociale. Les remboursements complémentaires sont alors effectués en euros.

En cas de litige entre l'assuré et la Sécurité sociale, l'organisme assureur se conforme à la position de la Sécurité sociale.

ARTICLE 8 - LE CHOIX DES OPTIONS**8.1 - Le choix à l'adhésion****8.1.1 - Le choix des « FORM »**

L'adhérent choisit sa base de garanties intitulée « FORM » parmi les cinq « FORM » proposées : FORM 1, FORM 2, FORM 3, FORM 4 et FORM 5.

Les « FORM » 1, 2, 3 et 4 prennent effet dès la date d'effet du contrat. En revanche, pour FORM 5, il est prévu un délai d'attente de 6 mois, qui court à compter de la date d'effet du contrat.

Toutefois, ce délai d'attente peut être supprimé si les assurés étaient

garantis par un organisme assureur antérieurement à l'adhésion au présent contrat, pour des garanties d'un même niveau. Dans ce cas, une stipulation expresse est indiquée dans les Conditions particulières.

8.1.2 - Le choix des RENFORTS MAX, MAXI, MAXÉO

L'adhérent peut choisir, en vue de compléter sa base de garanties « FORM », d'adhérer à l'un des renforts optionnels intitulés : **MAX, MAXI, MAXÉO** associé à la base de garanties « FORM » retenue :

- **MAX** est associé aux FORM 1 et 2,
- **MAXI** est associé aux FORM 3 et 4
- et **MAXÉO** est associé à FORM 5.

Les deux « renforts » (**MAX** et **MAXI**) prennent effet immédiatement à la date d'effet du contrat. En revanche, pour **MAXÉO**, il est prévu un délai d'attente de 6 mois, qui court à compter de la date d'effet du contrat. Toutefois, ce délai d'attente peut être supprimé si les assurés étaient garantis par un organisme assureur antérieurement à l'adhésion au présent contrat, pour des garanties d'un même niveau. Dans ce cas, une stipulation expresse est indiquée dans les Conditions particulières.

8.1.3 - Le choix de l'option supplémentaire « PLUS »

L'adhérent peut choisir, en vue de compléter sa base de garanties « FORM » ou sa base de garanties « FORM » à laquelle un renfort est associé (**MAX, MAXI, MAXÉO**), d'adhérer à l'option supplémentaire intitulée « PLUS ».

L'option supplémentaire « PLUS » participant à un complément d'une des quatre bases de garanties FORM 1, 2, 3 ou 4 prend effet immédiatement à la date d'effet du contrat. En revanche, pour l'option supplémentaire « PLUS » participant à un complément de la FORM 5, il est prévu un délai d'attente de 6 mois, qui court à compter de la date d'effet du contrat.

Toutefois, ce délai d'attente peut être supprimé si les assurés étaient garantis par un organisme assureur antérieurement à l'adhésion au présent contrat, pour des garanties d'un même niveau. Dans ce cas, une stipulation expresse est indiquée dans les Conditions particulières.

L'organisme assureur se réserve la possibilité de revoir le contenu de l'option supplémentaire « PLUS » chaque 1^{er} janvier. Le tarif sera adapté en conséquence.

- 2 -

8.2 - Les changements d'options en cours de vie du contrat et la résiliation des options

8.2.1 - Possibilité de passer d'une « FORM » à une autre en cours de contrat

L'adhérent a la possibilité de basculer d'une « FORM » à une autre « FORM », soit au 1^{er} janvier sous réserve d'en avoir fait la demande avant le 30 juin de l'année précédente, soit au 1^{er} juillet sous réserve d'une demande effectuée avant le 31 décembre de l'année précédente.

Toutefois, cette faculté n'est plus ouverte pour les basculements vers une « FORM » d'un niveau supérieur lorsque l'un des assurés a atteint l'âge de 75 ans.

Le basculement d'une « FORM » à une autre « FORM » entraîne automatiquement la résiliation du renfort (**MAX, MAXI, MAXÉO**) souscrit, si ce dernier ne figure pas parmi les renforts associés à la nouvelle « FORM » choisie.

8.2.2 - Possibilité de passer d'un renfort à un autre en cours de contrat et résiliation du renfort

L'adhérent a la possibilité de souscrire, sous réserve de l'interdiction prévue ci-après, ou de résilier l'un des renforts (**MAX, MAXI, MAXÉO**) en cours de contrat, soit au 1^{er} janvier sous réserve d'en avoir fait la demande avant le 30 juin de l'année précédente, soit au 1^{er} juillet sous réserve d'une demande effectuée avant le 31 décembre de l'année précédente.

Cependant, la résiliation d'un renfort, de quelque nature qu'elle soit, entraîne une interdiction pendant trois ans de souscrire à nouveau au renfort résilié.

Lorsque l'adhérent opère un basculement d'une « FORM » à une autre « FORM » entraînant la résiliation automatique de son renfort associé, l'adhérent a la possibilité de souscrire au renfort optionnel associé à la « FORM » à laquelle il vient de souscrire sous réserve de l'interdiction prévue ci-dessus.

En outre, la faculté de basculer d'un « renfort » à un autre « renfort », ou d'adhérer à un « renfort », n'est plus ouverte lorsque l'un des assurés a atteint l'âge de 75 ans.

8.2.3 - Possibilité de résilier l'option supplémentaire « PLUS »

L'adhérent a la possibilité de souscrire, sous réserve de l'interdiction prévue ci-après, ou de résilier son option supplémentaire « PLUS » en cours de contrat, soit au 1^{er} janvier sous réserve d'en avoir fait la demande avant le 30 juin de l'année précédente, soit au 1^{er} juillet sous réserve d'une demande effectuée avant le 31 décembre de l'année précédente.

Cependant, la résiliation de l'option supplémentaire « PLUS », de quelque nature qu'elle soit, entraîne une interdiction pendant trois ans de souscrire à nouveau à cette option supplémentaire « PLUS ».

En outre, la faculté d'adhérer à l'option supplémentaire « PLUS », n'est plus ouverte lorsque l'un des assurés a atteint l'âge de 75 ans.

ARTICLE 9 - LA FIN DES GARANTIES

Les garanties cessent à la date de prise d'effet de la suspension ou de la résiliation du contrat.

Pour les membres de la famille, assurés au titre du présent contrat, les garanties cessent à la date de la résiliation du contrat par l'adhérent, au décès de l'adhérent, ou au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle la résiliation de l'assuré est demandée, sous réserve que la demande de radiation parvienne à l'organisme assureur au plus tard le 31 octobre.

Les membres de la famille, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier des garanties au titre du présent contrat. Cette radiation est définitive. Toutefois, les membres de la famille pourront à titre individuel souscrire un nouveau contrat individuel en leur nom propre.

ARTICLE 10

10.1 - Montant des cotisations

La cotisation est fixée aux Conditions particulières. Elle est payable à terme d'avance. La cotisation dépend :

- du nombre d'assurés couverts par le contrat,
- de l'âge atteint au 1^{er} janvier par chaque assuré
- du régime de Sécurité sociale (régime général, régime Alsace-Moselle ou régime minier),
- de la périodicité de règlement (mensuelle ou trimestrielle).

La cotisation augmente en fonction de la tranche d'âge de chaque assuré jusqu'à ses 66 ans. Les tranches d'âges retenues sont les suivantes : enfants de moins de 18 ans, de 18 à 25 ans, de 26 à 35 ans, de 36 à 45 ans, de 46 à 55 ans, de 56 à 65 ans et de 66 ans et plus. Pour toute adhésion à compter de 70 ans, un tarif spécifique « 70 et plus » sera appliqué, sans augmentation liée à l'âge.

Elle peut également être ajustée au 1^{er} janvier de chaque année de façon à tenir compte du niveau des résultats techniques enregistrés dans le cadre de l'ensemble des contrats de même nature et de son évolution possible pour l'exercice suivant, en cas de modification de la réglementation de la Sécurité sociale, ou pour toute raison indépendante de la volonté de l'organisme assureur.

L'adhérent est informé de l'évolution éventuelle des niveaux de cotisation avant le 31 octobre.

10.2 - Réductions

Le contrat prévoit une réduction en cas d'adhésion d'un couple marié, de partenaires liés par un PACS, de concubins notoires ou d'une personne seule avec un enfant. En cas de décès, divorce, séparation de corps prononcée par jugement, ou résiliation de l'adhésion d'un assuré, la réduction sera annulée à compter du trimestre qui suit l'événement (si prélèvement trimestriel) ou du mois qui suit l'événement (si prélèvement mensuel).

En cas d'adhésion d'un deuxième enfant au contrat, une réduction est également prévue sur la cotisation du deuxième enfant.

La gratuité est accordée pour le troisième enfant assuré et les suivants.

En cas de décès d'un assuré, la cotisation versée pour le trimestre en cours est acquise à l'organisme assureur (si prélèvement trimestriel) ou pour le mois en cours (si prélèvement mensuel).

10.3 - Le paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement sur un compte bancaire ouvert en France, dans les dix premiers jours de chaque trimestre civil, ou de chaque mois si les cotisations sont prélevées mensuellement.

La première cotisation est calculée en fonction du nombre de mois séparant la date d'effet de l'adhésion du premier jour du trimestre civil suivant si les cotisations sont payées trimestriellement.

ARTICLE 11 - LE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

À défaut du paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions de l'article 10-3, une mise en demeure de paiement est adressée à l'adhérent par lettre recommandée. En cas de non-paiement, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure. Le contrat est résilié dix jours après la date de prise d'effet de la suspension si le paiement n'est toujours pas intervenu.

ARTICLE 12 - LA LIMITE DES REMBOURSEMENTS

Le montant des prestations est accordé dans la limite des niveaux de garanties souscrits. Le montant total des remboursements de la mutuelle ajouté, d'une part aux remboursements de Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire, et d'autre part aux montants de la contribution forfaitaire^(a), des franchises médicales^(b), de l'éventuelle majoration de participation financière^(c) et des dépassements d'honoraires^(d), maintenus à la charge de l'assuré, ne peut excéder le montant des dépenses déclarées à la Sécurité sociale.

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical, la contribution forfaitaire ainsi que les franchises médicales, conformément à l'article L 871-1 du Code de la sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement de la part de la mutuelle.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale figurant sur le décompte de prestation de cet organisme ou celui facturé à l'assuré en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leur effet dans la limite de chaque garantie et dans la limite des dépenses engagées. Les assurés peuvent obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de leur choix.

(a) instaurée par l'article L.322-2-II du Code de la sécurité sociale

(b) instaurée par l'article L.322-2-III du Code de la sécurité sociale

(c) définie aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du Code de la sécurité sociale

(d) définis à l'article L.162-5 18 du Code de la sécurité sociale

ARTICLE 13 - LA DEMANDE ET LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Lorsque les remboursements bénéficient d'une procédure de télétransmission NOÉMIE, aucune pièce n'est en principe exigée.

Cependant, pour les remboursements particuliers (optique, prothèse dentaire...) ou dès que l'organisme assureur l'estime nécessaire, ce dernier se réserve la possibilité de demander à l'adhérent des pièces justificatives (facture détaillée, original du décompte Sécurité sociale, devis...).

En l'absence de procédure NOÉMIE, l'assuré doit fournir, pour obtenir une prestation :

- l'original du décompte de la Sécurité sociale et des autres organismes ayant remboursé une part des dépenses, ainsi que, sur demande de l'organisme assureur, la facture détaillée du praticien,
- une facture détaillée en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale et, le cas échéant, la prescription médicale. En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, lorsque les soins sont dispensés dans un établissement ayant conclu une convention de tiers payant avec la Sécurité sociale et avec l'organisme assureur, les assurés bénéficient, sur présentation de leur carte de Sécurité sociale et de la carte santé délivrée par l'organisme assureur, de la prise en charge directe :
- des sommes correspondant au ticket modérateur établi après déduction de la contribution forfaitaire et de l'éventuelle majoration de participation financière maintenues à la charge de l'assuré,
- de la chambre particulière et du Forfait Journalier Hospitalier, dans les limites fixées aux Conditions particulières.

Pour le versement de la prime de naissance ou d'adoption en cas d'adhésion à l'option supplémentaire « PLUS », l'assuré doit fournir un extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou un certificat d'adoption délivré par la direction départementale de l'action sanitaire et sociale. Dans le cas où l'adhérent a souscrit à l'option supplémentaire « PLUS » qui prévoit une indemnité Frais d'Obsèques, l'allocation est versée à la personne ayant pris en charge les frais d'obsèques.

Elle devra fournir un acte de décès et l'original de la facture acquittée.

Les demandes de prestations doivent être adressées à l'organisme assureur dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date des soins, pour donner lieu à remboursement.

Le versement des prestations sera effectué par virement sur le compte bancaire sur lequel est effectué le prélèvement des cotisations.

ARTICLE 14 - RÉVISION DES GARANTIES

Les garanties du contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles pourront être révisées sans délai, en tout ou partie, en cas de changement de ces textes.

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, les garanties resteront acquises sur la base de la réglementation de la Sécurité sociale en vigueur avant sa révision. Les éventuelles conséquences financières du ou des changement(s) seront mises à la charge des bénéficiaires.

ARTICLE 15 - LE CONTRÔLE MÉDICAL

L'organisme assureur peut faire procéder à un contrôle médical de tout assuré demandant des prestations notamment pour les garanties dentaire ou optique.

En cas de refus de l'assuré de répondre à ce contrôle, le paiement des prestations sera refusé.

ARTICLE 16 - FACULTÉ DE RÉTRACTATION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet du contrat.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'organisme assureur - Malakoff Médéric ADV - RAC2 - 4 rue de la Redoute - 78288 GUYANCOURT, suivant le modèle suivant :

"Je soussigné déclare renoncer à la souscription au contrat FORMEO n°..... et demande le remboursement de la somme que j'ai versée".

Le remboursement intégral de la cotisation versée sera effectué dans les 30 jours suivant réception de ce courrier par l'organisme assureur. Toutefois, si des prestations ont été accordées, les sommes perçues par les assurés devront être restituées préalablement et intégralement à l'organisme assureur.

ARTICLE 17 - LES CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION

La résiliation, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties pour tous les assurés définis aux Conditions particulières.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, l'adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation.

En cas de résiliation du contrat par l'adhérent, chaque assuré ayant son propre numéro de Sécurité sociale aura la possibilité de demander le prolongement de ses garanties. Un nouveau contrat sera alors émis. Pour les adhérents de plus de 74 ans, la résiliation est définitive et empêche l'adhérent et les assurés de souscrire à nouveau le présent contrat.

ARTICLE 18 - LA PRESCRIPTION

Les actions relatives au présent contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

ARTICLE 19 - LE SERVICE CONSOMMATEURS ET LES RÉCLAMATIONS

Pour toutes questions relatives à l'application du présent contrat, l'adhérent ou les assurés peuvent contacter la mutuelle.

Pour le cas où la réponse ne donnerait pas satisfaction, l'adhérent peut écrire à :

Malakoff Médéric

Service Consommateurs

21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 09

reclamation-particulier@malakoffmederic.com

qui est là pour résoudre tout problème.

ARTICLE 20 - L'ORGANISME DE CONTRÔLE

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

ARTICLE 21 - LA SUBROGATION

La mutuelle peut exercer toute action contre les tiers responsables pour obtenir le recouvrement des prestations versées.

Malakoff Médéric Assistance : convention d'assistance à domicile

ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONVENTION

La convention d'assistance présentée ci-après se propose d'apporter aux souscripteurs du contrat Forméo des garanties d'assistance à domicile dans une optique de confiance préalable.

ARTICLE 2 - DÉFINITIONS

Bénéficiaires des garanties de Malakoff Médéric Assistance

Bénéficiaires du contrat FORMEO.

Domicile

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'assuré.

Territorialité

Tout domicile situé en France métropolitaine ou dans la principauté de Monaco.

Subrogation

Malakoff Médéric Assistance est subrogée dans les termes de l'article L.121-12 du Code des assurances, à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'assisteuse. En conséquence, l'assisteuse dispose auprès des responsables d'une action en remboursement des sommes versées au titre des garanties d'assistance à domicile indiquées ci-après.

Prescription

Conformément à l'article L. 114-1 du Code des assurances, toutes les actions concernant la convention d'assistance doivent, pour être recevables, être exercées dans les deux ans suivant l'événement qui leur donne naissance.

ARTICLE 3 - CONDITIONS D'APPLICATION

Malakoff Médéric Assistance intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires. Les garanties sont mises en œuvre par Auxia Assistance ou en accord préalable avec elle.

Cette convention comporte un ensemble de garanties qui trouvent à s'appliquer au cours des multiples difficultés de santé que peuvent rencontrer les bénéficiaires dans leur vie quotidienne. Elle n'a pas pour autant vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale, ni l'intervention des services d'urgence. L'application de ces garanties est appréciée par l'assisteuse, pour ce qui concerne leur durée et le montant de leur prise en charge, en fonction de la nature et de la gravité de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionnés au patient et à son entourage.

Les garanties de Malakoff Médéric Assistance ne doivent aucunement se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'assisteuse ne participe pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire ayant fait preuve d'initiative raisonnable, l'assisteuse pourra apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

L'assisteuse ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

L'assisteuse ne sera tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur. En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, les faits seront portés à la connaissance de l'assisteuse. L'assisteuse réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Faits générateurs

Les garanties décrites ci-après s'appliquent en cas d'accident corporel ou de maladie imprévue survenant à l'un des bénéficiaires, que cet événement se traduise par une hospitalisation ou par une immobilisation au domicile. Ces garanties s'appliquent également en cas de décès, dans les conditions définies ci-après.

Pièces justificatives

L'assisteuse se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

Comportement abusif

Lorsque le comportement d'un bénéficiaire sera jugé abusif par l'assisteuse, les faits incriminés seront portés à la connaissance de l'assisteuse ; l'assisteuse réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

IMPORTANT

En cas d'urgence le premier réflexe doit être l'appel aux services de secours publics : centre 15 - samu, pompiers ou au médecin traitant. L'assisteuse peut, en dernier lieu, conseiller le bénéficiaire quand à la nature des intervenants qu'il convient d'appeler.

ARTICLE 4 - GARANTIES

4.1 - Présence d'un proche au chevet d'un patient bénéficiaire

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours d'un patient bénéficiaire :

- l'assisteuse organise et prend en charge en France métropolitaine le déplacement aller-retour d'un proche désigné par le bénéficiaire, en train 1^{re} classe ou avion de ligne, classe économique, à compter du 1^{er} jour ;
- l'assisteuse organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 92 €.

4.2 - Aide ménagère

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours de l'assuré ou de son conjoint, l'assisteuse met une aide ménagère à leur disposition :

- s'il y a lieu, dès le premier jour afin de venir en aide aux proches demeurant au domicile ;
- ou à leur retour au domicile.

En cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'assuré ou de son conjoint, l'assisteuse met une aide ménagère à leur disposition à compter du 1^{er} jour.

L'assisteuse prend en charge le coût de cette garantie pour un minimum journalier de 2 heures par jour d'immobilisation, dans la limite de 30 heures, réparties sur une période de 1 mois après la sortie de l'hôpital.

Cette garantie s'applique également en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

4.3 - Prise en charge des ascendants

En cas d'hospitalisation immédiate de l'assuré ou de son conjoint ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours et lorsque leurs ascendants vivant au domicile ne peuvent se prendre en charge, l'assisteuse organise dès le premier jour de l'événement l'une des garanties suivantes :

- le déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche, désigné par l'assuré ou son conjoint, susceptible de s'occuper des ascendants au domicile (billet de train 1^{re} classe ou avion de ligne classe économique) ;
- le déplacement aller et retour des ascendants en France Métropolitaine au domicile d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint, en train 1^{re} classe ou avion de ligne classe économique ;
- leur garde à domicile dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date d'hospitalisation.

Ces garanties sont prises en charge par l'assisteuse. Elles s'appliquent immédiatement en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

4.4 - Prise en charge des enfants de moins de 16 ans

Lorsque l'hospitalisation immédiate et imprévue d'un assuré ou de son conjoint ou une immobilisation au domicile de plus de 5 jours ne leur permet pas de s'occuper de leurs enfants, l'assisteuse organise et prend en charge dès le premier jour de l'événement l'une des garanties suivantes :

4.4.1 - Le déplacement d'un proche qu'il aura désigné

Déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche pour les garder au domicile (billet de train 1^{re} classe ou d'avion, classe économique).

4.4.2 - Le transfert des enfants

Le voyage aller et retour en France métropolitaine des enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnants, en train 1^{re} classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, l'assistant organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires conventionnés.

4.4.3 - La conduite à l'école et le retour au domicile des enfants

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'assistant organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, deux fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période de 1 mois.

4.4.4 - La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, l'assistant organise et prend en charge :

- le transfert et la garde des enfants chez une assistante maternelle dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement ;
- s'il y a lieu, la garde des enfants au domicile par un intervenant autorisé, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement. Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des enfants à l'école. Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

4.4.5 - Garde des enfants malades

En cas d'immobilisation de plus de 2 jours des enfants malades au domicile, afin de ne pas pénaliser les parents lorsqu'ils travaillent tous les deux, l'assistant organise et prend en charge dès le 1^{er} jour de l'événement :

• Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche désigné par l'assuré au chevet de l'enfant, en taxi, train 1^{re} classe ou avion classe économique.

• La garde des enfants

Dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait pas à s'appliquer, la garde des enfants malades, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de la maladie selon situation.

4.4.6 - Garde des petits-enfants malades (enfants de moins de 16 ans)

Lorsque l'hospitalisation immédiate et imprévue d'un assuré ou de son conjoint ou une immobilisation au domicile de plus de 5 jours ne leur permettent pas de s'occuper de leurs petits-enfants présents au domicile, l'assistant organise et prend en charge dès le 1^{er} jour de l'événement :

Le déplacement d'un des parents des enfants (exclusivement)

Le déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un des parents des enfants pour les garder au domicile des grands-parents (billet de train 1^{re} classe ou classe économique)

Le transfert des petits-enfants

Le voyage aller et retour en France métropolitaine des petits-enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnants, en train 1^{re} classe ou classe économique, auprès de leurs parents.

L'assistant organise et prend en charge l'accompagnement des petits-enfants par l'un des prestataires conventionnés.

4.4.7 - La garde des petits-enfants (enfants de moins de 16 ans)

Dans l'hypothèse où les précédentes garanties ne trouveraient pas à s'appliquer, l'assistant organise et prend en charge :

- le transfert et la garde des petits-enfants chez une assistante maternelle dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement ;
- s'il y a lieu, la garde des petits-enfants au domicile par un intervenant autorisé, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement. Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'assuré ou de son conjoint.

4.4.8 - École à domicile

Si, à la suite d'un accident ou en raison d'une maladie imprévue, un enfant est immobilisé au domicile pour une durée minimale de 14 jours, l'assistant organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires.

4.5 - Transfert et garde d'animaux domestiques familiers

L'assistant organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux vivant au domicile du bénéficiaire, dans la limite de 1 mois à compter du 1^{er} jour de l'événement ou si le bénéficiaire est hospitalisé plus de 2 jours ou immobilisé au domicile plus de 5 jours. Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

4.6 - Cas de radiothérapie ou de chimiothérapie

En cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de radiothérapie ou de chimiothérapie en établissement hospitalier ou à domicile, l'assistant met à la disposition du bénéficiaire une aide ménagère. Cette garantie est accordée pendant la durée du traitement, dans la limite de 30 heures, selon la situation.

Les garanties relatives à la prise en charge des enfants de moins de 16 ans et à la prise en charge des ascendants sont également applicables.

4.7 - Cas de décès

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, l'assistant peut assister la famille dans l'organisation des obsèques et faire l'avance des frais y afférents.

La somme avancée sera remboursable dans un délai de 30 jours.

L'assistant peut également apporter toutes les informations utiles aux proches vivants au domicile (dispositions à prendre, démarches relatives aux dons d'organes, à la crémation, à la succession...).

4.8 - Garanties médicales

Conseils médicaux

Hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant, des conseils médicaux, liés à un accident corporel ou à une maladie à domicile, peuvent être prodigués par les médecins de l'assistant. Ces conseils ne pourront cependant être considérés comme des consultations médicales.

Livraison de médicaments

Lorsque ni le patient bénéficiaire ni l'un de ses proches n'est en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, l'assistant se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile du patient et de les lui livrer. Le prix des médicaments demeure à la charge du bénéficiaire.

Recherche d'un médecin

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, l'assistant peut aider le bénéficiaire à rechercher une infirmière.

Recherche d'une infirmière

De la même façon, l'assistant peut, sur prescription médicale, aider le bénéficiaire à rechercher une infirmière.

Recherche d'intervenants paramédicaux

En dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, l'assistant peut assister les bénéficiaires en difficulté dans leur recherche d'intervenants paramédicaux.

Transports en ambulance

Hors urgence médicale, l'assistant organise, sur prescription médicale, le transport du bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger, entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, l'assistant organise son retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à la charge du bénéficiaire.

4.9 - Démarches administratives et sociales

À la suite d'une maladie ou d'un accident corporel survenu au bénéficiaire et sur simple appel téléphonique de son domicile, l'assistant s'efforce d'orienter les appelants vers les services appropriés, ou de rechercher et communiquer les informations suivantes*, du lundi au vendredi de 9h à 19h, en dehors des jours fériés.

4.10 - Transmissions des messages urgents

En cas de nécessité, l'assistant se charge de transmettre des messages urgents à la famille du bénéficiaire.

* Ouverture des droits (remboursements de frais médicaux, indemnités journalières, rentes et pension d'invalidité). Démarches auprès de l'employeur, des caisses d'allocations familiales, de l'aide sociale, de l'aide aux handicapés.

Abréviations et vocabulaire

BR

Base de Remboursement du régime de Sécurité sociale

FR

Frais Réels

PMSS

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2010 : 2 885 €)

RSS

Remboursement reçu de la Sécurité sociale

TM

Ticket Modérateur

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (SÉCURITÉ SOCIALE)

Régimes obligatoires de protection sociale couvrant tout ou partie des risques liés à la maladie, à la maternité et aux accidents de la vie privée et professionnelle, les maladies professionnelles et les invalidités.

BASE DE REMBOURSEMENT DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Montant de base servant pour le remboursement du régime obligatoire.

CONTRIBUTION FORFAITAIRE

- 6 -

Participation forfaitaire, prévue à l'article L. 322-2-II CSS, à la charge de l'assuré pour certains actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie et réalisés par un médecin en ville ou dans un établissement de santé (à l'exclusion notamment des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale.

COTISATION

Somme dont le paiement ouvre droit au bénéfice des garanties de l'assurance complémentaire maladie et éventuellement des services proposés.

DÉLAI D'ATTENTE

Période fixée par le contrat, qui commence à courir à compter du jour de l'adhésion ou de la souscription, au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas. Il s'agit d'une franchise absolue exprimée en temps pendant laquelle l'adhérent cotise à une complémentaire santé sans pouvoir bénéficier des prestations pour tout ou partie des risques.

DÉLAI DE PRÉVENANCE

Période fixée par le contrat, qui commence à courir à compter de la demande de souscription jusqu'à la prise d'effet des garanties, au cours de laquelle l'adhérent ne cotise pas au titre des futures garanties.

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES NON PRIS EN CHARGE

Lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonnés, les médecins spécialistes sont autorisés à pratiquer des dépassements dans certaines limites pour chaque acte effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

ÉCHÉANCE DE COTISATION

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation.

FORFAIT HOSPITALIER

Dans le cadre d'une hospitalisation, somme journalière à la charge de l'assuré et dont le montant est fixé par arrêté.

MAJORATION DE PARTICIPATION FINANCIÈRE

Majoration du ticket modérateur pour les assurés ou les ayants droit qui n'ont pas fait le choix d'un médecin traitant ou qui consultent directement un médecin sans prescription de leur médecin traitant (sauf en cas d'urgence ou de consultation en dehors du lieu de résidence habituelle de l'assuré) ou dans certains cas de refus par l'assuré d'accès à son dossier médical personnel conformément aux dispositions des articles 3 et 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004.

PÉNALITÉS FINANCIÈRES

Elles sont composées de la majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires autorisés qui sont appliqués hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel.

PRESTATIONS

La prestation en nature est la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, et/ou la protection complémentaire, de tout ou partie des dépenses liées à la fourniture d'un produit ou d'un service médical.

PROTECTION COMPLÉMENTAIRE MALADIE

Protection résultant d'une adhésion ou d'un contrat à titre individuel ou collectif, pouvant couvrir l'individu ou sa famille. Elle permet la prise en charge de tout ou partie des frais liés à la santé en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

TICKET MODÉRATEUR

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme, à l'exclusion de la contribution forfaitaire et de la majoration de participation financière maintenues à la charge de l'assuré.

TIERS PAYANT OU DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS

Paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques par les organismes d'assurance complémentaire en lieu et place de l'assuré.

MUT2M : N° RNM 784 718 256 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - 21 rue Laffitte, 75009 Paris

AUXIA ASSISTANCE : SA au capital de 480 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances - 351 733 761 RCS Paris - 29 rue Cardinet, 75017 Paris

MALAKOFF MÉDÉRIC SERVICES : Société de courtage d'assurance - SAS au capital de 6 315 000 € - 487 445 108 RCS Angers - N° d'immatriculation ORIAS 07 025 694 - 3 esplanade de la Gare, 49911 Angers cedex 9

• Des organismes du groupe Malakoff Médéric - Siège social 21 rue Laffitte, 75009 Paris - malakoffmederic.com