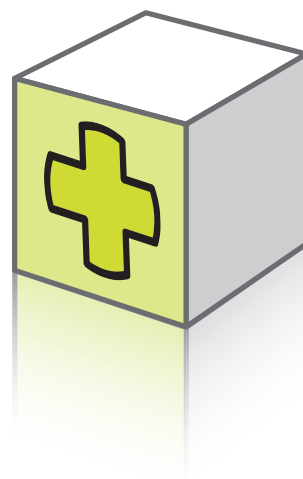


Assurance |
Indemnités Journalières Hospitalisation



**■ VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE INDEMNITES JOURNALIERES
HOSPITALISATION ■**

Votre contrat est régi par le Code des Assurances, qui regroupe l'ensemble des textes régissant l'activité de l'assurance, notamment les obligations de l'assuré et de l'assureur. Toutefois, les dispositions des articles L.191-7 et L.192-3 ne sont pas applicables pour les risques situés dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Votre contrat se compose :

- Des présentes Dispositions Générales (DG) qui définissent les garanties proposées et leurs conditions d'application. Elles précisent les règles qui régissent l'existence et le fonctionnement du contrat, en particulier nos droits et obligations réciproques.
- Des Dispositions Particulières (DP) qui sont établies à partir des déclarations que vous avez faites au moment de la souscription. Elles personnalisent l'assurance en l'adaptant à votre situation. Y sont définis, notamment, l'identité du souscripteur, les personnes assurées, la nature des garanties souscrites, les franchises éventuellement applicables, les clauses particulières qui régissent votre contrat, le coût de l'assurance.

Les garanties que vous avez souscrites sont couvertes par l'Assureur mentionné sur vos Dispositions Particulières.

Les prestations d'Assistance sont couvertes par :

FRAGONARD ASSURANCES

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

Et mises en œuvre par :

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE

Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>
Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen
SAS au capital de 7 584 076,86 € - RCS BOBIGNY 490 381 753

Vous pouvez nous demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de notre société, des assureurs, réassureurs et des organismes professionnels (Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978).

DOC. MAX/DG/IJH/1215

■ ■ ■

SOMMAIRE

LE LEXIQUE	5	Article 11 : La modification du contrat	7
OBJET DE VOTRE CONTRAT.....	5	Article 12 : La résiliation du contrat.....	7
LES GARANTIES	5	Article 13 : Les obligations d'informations	8
Article 1 : Les conditions de souscription	5	Article 14 : Votre cotisation.....	8
Article 2 : La période de garantie	5	Article 15 : Les réclamations.....	8
Article 3 : Etendue territoriale des garanties	5	Article 16 : L'autorité de contrôle.....	9
Article 4 : Garantie principale : indemnité journalière.....	5	EN CAS DE SINISTRE.....	9
Article 5 : La garantie remboursement à 10 ans.....	6	Article 17 : La procédure de demande d'indemnisation de	
Article 6 : Garantie assistance	6	l'hospitalisation	9
Article 7 : Les exclusions de garantie.....	6	article 18 : Le délai de remboursement.....	9
LA VIE DE VOTRE CONTRAT	7	Article 19 : La prescription.....	9
Article 8 : La prise d'effet des garanties	7	L'ASSISTANCE	10
Article 9 : La durée de votre contrat	7	Article 20 : Préambule	10
Article 10 : Renonciation	7	Article 21 : Les prestations d'assistance	10
		Article 22 : Les dispositions générales	11

LE LEXIQUE

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de votre part et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Assistance :

Services complémentaires liés à cette garantie d'indemnité journalière forfaitaire.

Conjoint :

Est considéré comme conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé, ni séparé de corps, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin notoire non séparé de corps.

Délai d'attente :

Période décomptée entre la date de la souscription et celle de la prise d'effet de la garantie, pendant laquelle la survenance d'un sinistre ne sera pas prise en charge par l'assureur.

Enfant :

Sont considérés comme enfants au titre du contrat, les enfants célibataires, âgés de plus de 30 jours et de moins de 18 ans (26 ans s'ils poursuivent des études et sont fiscalement à la charge de l'Assuré). Ils ne peuvent être couverts seuls par ce contrat : un parent au moins doit être assuré.

Franchise absolue :

Période exprimée en nombre de jours ; elle est décomptée du nombre de jours d'hospitalisation indemnizable lors de la prise en charge du sinistre.

Hospitalisation garantie :

Période passée dans un hôpital ou une clinique en cas de maladie ou d'accident sous réserve des exclusions prévues à l'article 7 ; dont le fait générateur est né postérieurement à la prise d'effet du contrat ou le cas échéant de l'entrée en garantie de l'assuré et qui fait l'objet d'une indemnisation au titre des garanties du présent contrat.

Indemnité journalière :

Somme forfaitaire allouée, correspondant au montant défini par le souscripteur parmi les niveaux proposés.

Maladie :

Toute altération pathologique de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un accident, ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.

OBJET DE VOTRE CONTRAT

Le contrat INDEMNITÉS JOURNALIÈRES HOSPITALISATION 2000 a pour objet de garantir le versement d'une indemnité journalière aux assurés désignés en cas d'hospitalisation, consécutive à une maladie ou à un accident.

Cette indemnité journalière est versée pendant toute la durée de l'hospitalisation. Son montant est fonction du niveau de garantie choisi par l'assuré.

Ce contrat permet également à chaque assuré de bénéficier du versement d'un capital forfaitaire lorsqu'au terme de 10 années d'assurance ininterrompue l'assuré n'a fait l'objet d'aucune indemnisation garantie.

Enfin, l'assuré bénéficie des services d'assistance décrits aux pages 10 et suivantes des présentes Dispositions Générales.

LES GARANTIES

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

ARTICLE 1 : LES CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

Le contrat peut assurer la personne seule, le couple et la famille.

Les personnes assurées sont désignées aux Dispositions Particulières du contrat. Peut être assuré au titre du présent contrat :

Le souscripteur personne physique âgé de moins de 76 ans (en année millésime) lors de la souscription et résidant en France métropolitaine.

Le conjoint du souscripteur, âgé de moins de 76 ans (en année millésime) lors de la souscription.

Le(s) enfant(s) du souscripteur et/ou de son conjoint.

L'inscription au contrat des enfants est subordonnée à celle des parents ou de leur représentant légal.

L'enfant inscrit au contrat doit être âgé de plus de 30 jours et de moins de 18 ans (26 ans s'il poursuit des études et est fiscalement à la charge de l'Assuré).

ARTICLE 2 : LA PERIODE DE GARANTIE

Pour chaque personne assurée la période de garantie débute au plus tôt lors de la prise d'effet du contrat et au plus tard lors de l'acquisition de la qualité de personne assurée.

Elle prend fin par l'intervention du premier des éléments suivants :

- La perte de la qualité de personne assurée ;
- La résiliation du contrat quel qu'en soit la cause.

ARTICLE 3 : ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Cette garantie s'exerce pour les hospitalisations consécutives à des accidents ou des maladies garantis survenus en France, dans les principautés d'Andorre et de Monaco, en Suisse ainsi que dans les Etats membres de l'Union Européenne.

Toutefois, le versement des Indemnités Journalières garanties s'effectue toujours en France et en Euros.

ARTICLE 4 : GARANTIE PRINCIPALE : INDEMNITE JOURNALIERE

1. Objet de la garantie :

A l'exception toutefois des exclusions de garantie prévues à l'article 5 « LES EXCLUSIONS DE GARANTIE », le présent contrat prévoit le versement à l'assuré d'une indemnité journalière forfaitaire en cas d'hospitalisation de l'assuré consécutive à un accident ou une maladie garanti.

2. Le montant de l'indemnité journalière :

Le montant de l'indemnité journalière choisie par le souscripteur est indiqué aux Dispositions Particulières du contrat.

Ce montant est forfaitaire et identique pour chaque adulte assuré au contrat.

Lorsqu'il s'agit de l'hospitalisation d'un enfant assuré, l'indemnité journalière est réduite de moitié.

3. Les extensions de votre garantie :

Le contrat inclut des extensions de garantie :

- le doublement de l'indemnité journalière : en cas d'hospitalisation simultanée de vous-même et votre conjoint (de droit ou de fait) assuré suite au même accident.

- le doublement de l'indemnité journalière : si le lieu d'hospitalisation est à plus de 300 kilomètres de votre domicile.

Ces extensions ne sont pas cumulables entre elles.

Le cas échéant, ces extensions ne s'appliquent pas à l'enfant assuré.

4. Conditions de la garantie :

- L'hospitalisation a lieu pendant la période de garantie ;
- L'hospitalisation est la conséquence directe et immédiate d'un accident ou d'une maladie survenu pendant la période de garantie.

5. La durée d'indemnisation :

Une franchise absolue de 3 jours est appliquée pour chaque hospitalisation garantie en cas de maladie.

La durée maximum d'indemnisation est de 24 mois plein et continus par hospitalisation garantie.

Toutefois, nous considérons comme une seule et même hospitalisation plusieurs séjours dus à la même maladie ou au même accident qui interviennent dans un laps de temps de moins de 61 jours. **Le cas échéant, la franchise absolue n'est pas réappliquée.**

Le doublement de l'indemnité journalière (extensions du contrat) sera appliqué pendant toute la période de l'hospitalisation simultanée.

ARTICLE 5 : LA GARANTIE REMBOURSEMENT A 10 ANS

1. Objet de la garantie :

Au terme de 10 années d'assurance ininterrompue sans hospitalisation, chaque assuré bénéficie du versement d'un capital forfaitaire.

2. Montant de la garantie :

Le montant de la garantie est déterminé en fonction du niveau de la garantie principale choisie et de l'âge de l'assuré à la souscription du contrat :

Niveau de la garantie principale :	23€	39€	54€
Enfant	170€	284€	398€
18-30 ans	273€	455€	637€
31-44 ans	451€	753€	1054€
45-59ans	959€	1599€	2239€
60 ans et +	1577€	2628€	3675€

3. Conditions de la garantie :

- Aucune hospitalisation n'est survenue et prise en charge pendant les dix années suivant la date d'entrée de l'assuré au contrat ;
- Toutes les quittances, y compris celle du dernier mois, doivent être réglées.

4. La mise en œuvre de la garantie de remboursement à 10 ans :

Si les conditions requises sont remplies, le remboursement est effectué automatiquement pour le ou les assurés concernés à la date d'échéance principale des 10 ans de l'entrée du ou des assurés au contrat.

Quelle que soit la durée du contrat, la garantie de remboursement ne peut jouer qu'une seule fois par assuré.

ARTICLE 6 : GARANTIE ASSISTANCE

Cette garantie est détaillée dans la partie « ASSISTANCE » à partir de la page 10 des présentes Dispositions Générales.

ARTICLE 7 : LES EXCLUSIONS DE GARANTIE

Nous ne garantissons pas :

- Les hospitalisations consécutives par un accident ou par une maladie antérieure à la prise d'effet du contrat ;
- Les suites d'une hospitalisation ou le suivi médical motivé par un accident ou par une maladie antérieure à la prise d'effet du contrat ;
- L'hospitalisation à domicile ;

Le séjour dans les établissements ou les services de nature spécialisés de convalescence, de repos, de remise en forme, de plein air, de thermalisme, de diététique et de thermalisme-diététique, hélio-marins et climatiques, sanatoriums ou préventoriums, de retraite, de gériatrie, d'hospices de vieillards et de personnes âgées dépendantes, de rééducation professionnelle, de réadaptation et de rééducation fonctionnelle et motrice, et de psychiatrie.

L'Assureur n'intervient pas en cas d'hospitalisation dues à :

- Une cure de désintoxication, de sommeil, d'amaigrissement ainsi que ses suites ;
- Des examens de prévention, de bilan de santé (check-up), de traitement esthétique et de rajeunissement (toute chirurgie esthétique non consécutive à un accident couvert au titre du contrat) ;
- A l'état de grossesse, les accouchements et leurs suites (sauf ceux occasionnés par un accident), l'interruption volontaire de grossesse.

Ce contrat exclut également les cas d'hospitalisations consécutifs à :

- La tentative de suicide ;
- Tout acte intentionnel d'une personne garantie ;
- Une maladie mentale ou à des syndromes anxio-dépressifs ;
- L'usage de stimulants, anabolisants, barbituriques, hallucinogènes, stupéfiants, drogues ou tranquillisants non prescrits médicalement ou consommés volontairement au-delà de la prescription médicale ;
- L'état d'ivresse, d'alcoolisme ou de toxicomanie des assurés ;
- La participation volontaire à des émeutes, mouvements populaires, altercations, rixes (sauf en cas de légitime défense) ou crimes, attentats, actes de terrorisme ou sabotage ;
- La participation des assurés à des paris ou des tentatives de record ;
- La participation des assurés, en tant que concurrent, à des compétitions comportant l'utilisation d'un engin quelconque à moteur, ainsi qu'à leurs essais ;
- La pratique de sports aériens tels que le parachutisme, l'ULM, le delta-plane et toutes les formes de parapente. Toutefois le baptême de l'air avec moniteur reste garanti ;
- La pratique de la spéléologie et la pratique de sports de haute montagne tels que l'alpinisme, le ski extrême ;
- La pratique de sports sous-marins tels que la plongée en appareil autonome ;
- Des faits de guerre civile ou étrangère, la participation des assurés à des opérations militaires ;
- La pratique par les assurés de tout sport à titre professionnel ;
- Des accidents survenus au cours d'activités professionnelles de pilotes ou membres d'équipage des avions et hélicoptères ;
- La manipulation volontaire d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
- Aux 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 les assurés sont soumis à la suite d'un événement garanti.

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

ARTICLE 8 : LA PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le contrat est conclu au jour de la signature par l'assuré des Dispositions Particulières. Le contrat produit ses effets à la date indiquée aux Dispositions Particulières sous réserve de l'encaissement effectif et de l'absence de renonciation au mode de paiement par mandat SEPA de la première cotisation.

La prise d'effet des garanties est immédiate pour toute hospitalisation garantie consécutive à un accident.

En cas de maladie, un délai d'attente de 2 mois à compter de la prise d'effet du contrat est appliqué.

ARTICLE 9 : LA DUREE DE VOTRE CONTRAT

Ce contrat est établi pour une durée d'un an à partir de la date d'effet du contrat figurant aux Dispositions particulières.

Il se renouvelle ensuite d'année en année, par tacite reconduction au 1^{er} jour du mois anniversaire de la date d'effet de la souscription.

Notre garantie est viagère, sans limite d'âge aux prestations, sauf pour les enfants assurés qui perdent la qualité d'assuré au plus tard à l'âge de 25 ans révolus.

ARTICLE 10 : RENONCIATION

En cas de vente à distance :

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

En cas de démarchage :

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

Conformément à l'article L112-9 du Code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

Si les conditions précitées sont réunies, et sous réserve des autres dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances, vous pouvez renoncer au présent contrat en adressant votre demande de renonciation par lettre recommandée avec avis de réception à MAXANCE.

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

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

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

Nom et adresse du souscripteur		MAXANCE - Service Consommateurs 28 BOULEVARD Princesse Charlotte BP 169, 98007 Monaco Cedex
Contrat N° :	Le --/--/----	
Date de souscription :		
Montant de la prime réglé :		
Date de règlement de la prime :	... / ... /	
Mode de règlement de la prime :	
Madame, Monsieur,		
Conformément aux dispositions de l'article L.112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à la police d'assurance n° que j'ai souscrite en date du ... / ... /		
Je souhaite donc que le contrat précité soit résilié à compter de la date de réception de la présente et atteste n'avoir connaissance, à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis mon acceptation de l'offre qui m'a préalablement été faite.		
Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.		
		Signature

ARTICLE 11 : LA MODIFICATION DU CONTRAT

Toute demande de modification du contrat doit être effectuée par courrier et fait l'objet d'un avenant.

En cours de contrat : vous pouvez à tout moment demander la modification du contrat initial si vous désirez étendre la garantie à une personne (conjoint ou enfant) non prévue au moment de la souscription. Il lui ou leur sera appliqué le délai d'attente défini à l'article 8.

Le contrat ne peut, en aucun cas, ne garantir que les enfants ; par conséquent si la garantie des parents cesse, le contrat prendra fin automatiquement.

En cas de décès du souscripteur, le conjoint assuré (de droit ou de fait) prend la qualité d'assuré principal.

A la date d'échéance principale : pour supprimer du contrat un ou des assuré(s), sauf dispositions détaillées à l'article 12, vous devez nous en informer à la date de l'échéance principale.

Il n'est pas possible de modifier en cours de vie du contrat le niveau de garantie choisi initialement par le souscripteur.

Toute demande de changement de niveau de garantie implique la résiliation du présent contrat et la création d'un nouveau contrat.

ARTICLE 12 : LA RESILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié dans les cas et conditions ci-après :

> PAR NOUS

- a) en cas de non-paiement des cotisations ;
- b) en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration des risques à la souscription ou en cours de contrat.

> PAR L'ASSURE

- a) à chaque échéance anniversaire du contrat, moyennant un préavis de deux mois,
- b) en cas d'augmentation de la cotisation de votre contrat, si nous modifions notre tarif pour des raisons de caractère technique lié à l'évolution des risques - la résiliation

s'effectuant dans les conditions définies à la rubrique « Modification du Tarif d'Assurance » ;

c) en cas de survenance d'un des événements prévus par le Code des Assurances (Changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle), si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation doit être demandée dans les trois mois qui suivent la date de l'événement et prendra effet un mois après notification à l'autre partie.

> DE PLEIN DROIT

En cas de retrait de notre agrément administratif.

Le contrat ne peut pas garantir les enfants seuls; par conséquent si la garantie des parents cessait, le contrat prendrait fin automatiquement.

ARTICLE 13 : LES OBLIGATIONS D'INFORMATIONS

- Pour l'assuré :

Chaque assuré doit, par écrit, nous informer d'un des événements suivants dès leur survenance : changement de nom, changement de domicile, changement de situation matrimoniale (composition de la famille), changement de coordonnées bancaires si la cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique.

- Pour nous :

Les informations à caractère personnel recueillies par MAXANCE sont nécessaires et ont pour but de satisfaire à votre demande ou pour effectuer des actes de souscription ou de gestion de vos contrats. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

ARTICLE 14 : VOTRE COTISATION

1. Le paiement de votre cotisation :

Le montant de votre cotisation est indiqué sur les Dispositions Particulières de votre contrat.

Il vous sera également indiqué lors de chaque échéance.

A la date d'échéance indiquée sur vos Dispositions Particulières, vous devez régler :

- **Votre cotisation annuelle proprement dite.**
- **Les frais et accessoires de votre cotisation.**
- **Les impôts et taxes en vigueur sur les contrats d'assurance.**

Il dépend du montant de la garantie souscrite et de l'âge de l'assuré à la date de souscription.

L'âge de l'assuré ou des bénéficiaires est calculé par différence de millésimes entre l'année d'assurance et son année de naissance.

Chaque année, votre cotisation se verra appliquer une augmentation contractuelle de 2% à chaque échéance annuelle, indépendamment des évolutions tarifaires éventuelles liées aux résultats techniques.

Votre cotisation peut être réglée en plusieurs fractions, conformément à la mention précisée aux Dispositions Particulières.

2. Le défaut de paiement :

Si une cotisation ou une fraction de cotisation reste impayée 10 jours après son échéance, nous pouvons en réclamer le paiement par lettre recommandée à votre dernier domicile connu, dont les coûts d'établissement et d'envoi sont à votre charge.

Si la cotisation reste impayée 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure, la garantie sera suspendue. L'assureur a le droit de résilier le contrat 10

jours au moins après la suspension des garanties (art. L113-3 du Code des Assurances).

Lorsqu'il y a suspension des garanties pour non-paiement, la cotisation ou la ou les fractions de cotisation non réglées nous restent dues, y compris celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi qu'éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement, en dépit de l'absence de garanties. Le contrat non résilié reprend ses effets le lendemain à midi du jour où l'assureur a reçu le règlement de l'intégralité de la cotisation due et des frais de poursuites et de recouvrement éventuels. En cas de résiliation, la portion de cotisation afférente à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation demeure acquise à la Compagnie, majorée des frais de poursuites et de recouvrements éventuels.

3. La modification du tarif

Si pour des raisons techniques, l'Assureur est amené à modifier le tarif applicable au présent contrat, la cotisation sera calculée en fonction du nouveau tarif dès la première échéance annuelle qui suit cette modification.

Si vous n'acceptez pas cette modification, vous pouvez, dans les 30 jours où elle a été portée à votre connaissance, résilier votre contrat soit par lettre recommandée adressée au siège de l'assureur, soit par déclaration faite contre récépissé auprès de son représentant désigné aux Dispositions Particulières. La résiliation prendra effet 1 mois après que vous avez adressé votre demande.

L'assureur aura droit à la portion de cotisation calculée sur les bases du tarif précédent correspondant au temps écoulé entre la date d'échéance et la date d'effet de la résiliation.

Il sera fait application conforme des dispositions réglementaires modifiant le taux ou l'assiette de la taxe sur les conventions d'assurance ou instaurant ou modifiant une charge parafiscale.

La faculté de résiliation ne s'applique pas en cas d'augmentation des taxes et charges parafiscales ou de tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales.

ARTICLE 15 : LES RECLAMATIONS

En cas de difficultés dans l'application du présent contrat, merci de bien vouloir consulter en tout premier lieu votre conseiller ASSU 2000.

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

Maxance
Service Consommateur
28 boulevard Princesse Charlotte
BP 169 – 98007 Monaco Cedex

Si vous ne recevez pas une réponse satisfaisante, vous pouvez adresser votre **réclamation écrite** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) au siège social de l'assureur.

L'assureur accusera réception de votre demande et y répondrons dans les meilleurs délais.

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

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous ou par nous.

Si après intervention de ce service, un désaccord persistait, vous pourriez demander l'avis d'un médiateur. L'assureur vous en communiquera les coordonnées et la démarche à suivre, sur simple demande de votre part.

ARTICLE 16 : L'AUTORITE DE CONTROLE

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

EN CAS DE SINISTRE**ARTICLE 17 : LA PROCEDURE DE DEMANDE D'INDEMNISATION DE L'HOSPITALISATION**

Les hospitalisations doivent nous être déclarées par courrier ou par téléphone par l'Assuré principal ou ses ayants-droit dans les 5 jours ouvrés après qu'ils en aient eu connaissance, sauf cas fortuit ou de force majeure.

Vous devez nous transmettre le bulletin de situation dans un premier temps, et dès la sortie le justificatif de l'hospitalisation et tous les certificats médicaux relatant les causes de l'accident ou la nature de la maladie. La communication de ces justificatifs a pour but de nous informer essentiellement sur le nombre de journées d'hospitalisation à indemniser.

Du fait de la nature confidentielle des informations à communiquer, cette transmission se fera à l'aide d'un pli confidentiel adressé à notre médecin-conseil ou son représentant. Dans un même souci de confidentialité, afin de mieux juger de la situation, notre médecin conseil ou son représentant devra avoir, sauf opposition justifiée, libre accès auprès de la ou des personne(s) hospitalisée(s) pendant et après l'hospitalisation.

ARTICLE 18 : LE DELAI DE REMBOURSEMENT

Notre règlement interviendra sous un délai de 24h à compter de la réception des pièces justificatives. Pour toute hospitalisation supérieure à 30 jours, nous pourrions, vous verser des acomptes à la condition d'être en possession de toutes les pièces justificatives visées à l'article 17.

Nous procéderons au règlement du dossier à la condition que toutes les pièces nécessaires soient réunies.

ARTICLE 19 : LA PRESCRIPTION

La prescription est le délai à l'expiration duquel une action ne peut plus être entreprise. Conformément à l'article R 112-1 du Code des Assurances, les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du même code reproduits ci-après :

Article L 114-1 du Codes des Assurances

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

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

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

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

Article L 114-2 du Code des Assurances

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

Article L 114-3 du Code des Assurances

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

Information complémentaire

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

Article 2240 du Code Civil

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

Article 2241 du Code Civil

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

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

Article 2242 du Code Civil

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

Article 2243 du Code Civil

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

Article 2244 du Code Civil

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

Article 2245 du Code Civil

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

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

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

Article 2246 du Code Civil

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

L'ASSISTANCE

ARTICLE 20 : DEFINITIONS

Accident :

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente ; soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et étrangère à la volonté du Bénéficiaire. Les intoxications alimentaires, les accidents médicaux, les entorses non répétitives consécutives à une distorsion brusque ainsi que les ruptures tendineuses consécutives à un choc subi et démontré sont assimilés à des Accidents.

Animaux de compagnie :

Sont considérés comme animaux de compagnie uniquement les chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal. Pour être couvert par les garanties, l'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Bénéficiaire :

Le terme « Bénéficiaire » se réfère :

- à la personne physique assurée par le contrat « Indemnités Journalières Hospitalisation »,
- à son Conjoint,
- et/ou à ses Enfants.

Conjoint :

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

Domicile :

Lieu de résidence principale situé en France métropolitaine et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

Enfants :

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

France :

France métropolitaine, où se situe le Domicile.

Hospitalisation :

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public. Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

- les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ambulatoire : administration d'un traitement anti-cancer dans un hôpital de jour, à la suite de laquelle le Bénéficiaire peut rentrer chez lui,
- les traitements de chirurgie ambulatoire : traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de soins.

Sont exclus :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations à domicile,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.

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

Immobilisation à domicile :

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin. Mondial Assistance se réserve le droit de demander un certificat médical ou un

arrêt de travail confirmant l'Immobilisation au Domicile avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Membre de la famille :

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

Proche :

Toute personne désignée par le Bénéficiaire pour l'exécution d'une ou plusieurs prestations de la présente convention.

Transport :

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2nde classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

ARTICLE 21 : LES CONDITIONS D'EXECUTION DES PRESTATIONS

Validité territoriale :

Les prestations de la présente Convention sont acquises en France, Andorre, Monaco, Suisse ainsi que dans les pays de la Communauté Européenne.

Durée de validité :

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat « Indemnités Journalières Hospitalisation » et de l'accord liant Maxance et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

ARTICLE 22 : LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

1. Assistance aux enfants pendant l'hospitalisation du bénéficiaire supérieure à deux jours

a) Garde à domicile des enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 heures, **dans la limite de 30 heures maximum**, et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 7h00 à 19h00.

La prestation est rendue **dans la limite des disponibilités locales** par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (**à l'exclusion des soins médicaux**).

Cette prestation est également accordée en cas de décès d'un des deux Bénéficiaires, ou de séjour prolongé de plus de 8 jours en maternité (uniquement dans le cas d'accouchement et ses suites occasionnés par un accident).

b) Conduite en taxi à l'école

Pendant ses heures de présence, la garde à Domicile pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école et retourner les chercher, **dans la limite de 230 € TTC maximum**.

c) Conduite en taxi aux activités extra scolaires des enfants de moins de 15 ans

La garde à Domicile pourra accompagner les Enfants à leurs activités extrascolaires durant ses heures de garde, Mondial Assistance prend en charge le Transport **dans la limite de 230 € TTC maximum**.

d) Transfert d'un proche au domicile du bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper des Enfants.

Cette prestation est également accordée en cas de décès d'un des deux Bénéficiaires.

OU

e) Transfert des enfants de moins de 15 ans au domicile d'un proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour).

Cette prestation est également accordée en cas de décès d'un des deux Bénéficiaires.

La prestation « Garde à Domicile » n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire » et « Transfert des Enfants de moins de 15 ans au Domicile d'un Proche ».

2. Assistance aux enfants pendant l'hospitalisation du bénéficiaire supérieure à deux jours

a) Aide à domicile

Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère.

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 heures, **dans la limite de 15 heures maximum réparties sur 2 semaines** et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Cette prestation est également accordée en cas de décès d'un des deux Bénéficiaires, ou de séjour prolongé de plus de 8 jours en maternité (uniquement dans le cas d'accouchement et ses suites occasionnés par un accident).

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

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris, **dans la limite de 1 mois maximum.**

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

3. Autre prestation

Livraison en urgence au Domicile de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin.

Mondial Assistance fait l'avance du coût de ces médicaments, que le Bénéficiaire devra rembourser au moment de la livraison.

ARTICLE 23 : INFORMATIONS, CONSEILS

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

➤ **Conseil santé**

Un médecin de Mondial Assistance répond aux questions du Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi.

Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

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

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

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

➤ **Conseil social**

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue ses besoins et lui fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

Pour toute mise en place de prestation, le Prestataire dispose d'un délai minimum de 72 heures pour prendre contact avec le Bénéficiaire.

➤ **La vie pratique**

- Informations médicales de la vie courante (les vaccins, les médicaments, les médicaments génériques, la prévention, ...)

- Les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques, centres anti-poisons, services « grands brûlés » ...) : leurs coordonnées, leurs spécialités,

- Informations médicales préliminaires à un voyage (risques sanitaires et prévention, vaccinations...)

- Informations médicales sur le handicap,

- Les problèmes d'alcool, de tabagisme, de poids, ...

- Les médicaments : les médicaments génériques

- L'alimentation en général en fonction de certaines pathologies : ex le diabète

- Démarches administratives à entreprendre pour déclarer un accident : déclaration à la police, déclaration à l'assurance, déclaration à la Sécurité Sociale,

- Formalités administratives et services publics

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

ARTICLE 22 : LES DISPOSITIONS GENERALES

1. Responsabilité

Mondial Assistance 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 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, 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.

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

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

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable :

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

2. Exclusions générales

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- les conséquences :
 - o des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - o de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - o de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - o de l'exposition à des agents incapacitants,
 - o de l'exposition à des agents radioactifs,
 - o 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,
- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences :
 - o de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - o de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
 - o des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

3. Modalités d'examen des réclamations

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

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

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE
Service Traitement des Réclamations
Traitement Réclamations
TSA 70002
93488 Saint-Ouen Cedex

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais. Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mondial Assistance le tiendrait informé.

4. Loi informatique et libertés

Conformément à la "Loi Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'opposition, d'accès, de modification, de rectification et de suppression de toute information le concernant, qui figurerait dans les fichiers, en s'adressant à :

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE
DT - Service Juridique – DT03
7 rue Dora Maar
CS 60001
93488 Saint-Ouen Cedex

En application de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Mondial Assistance se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de l'exécution et de la gestion des prestations.

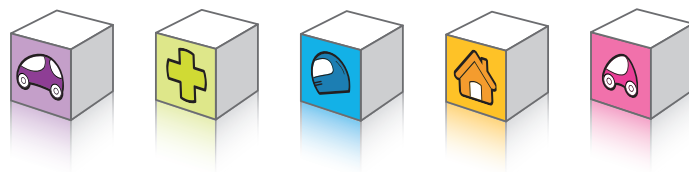
5. Autorité de contrôle

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

6. Loi applicable – langue utilisée

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.



Assurément experts. Essentiellement humains.