

Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé

MIS Santé

Règlement mutualiste - Garanties Moduli 2019

Préambule

Une mutuelle, appelée Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS Santé) est établie à Marseille au 10, rue Léon Paulet - CS 30041 - 13417 Marseille cedex 8. Elle est régie par le Code de la mutualité et soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro 438 601 932.

MIS Santé est totalement substituée dans ses garanties par la Mutuelle des Étudiants de Provence (MEP), immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro 782 814 826 et dont le siège social est situé 10 rue Léon Paulet - CS 40042 - 13417 Marseille Cedex 08. La MEP, en sa qualité de mutuelle substituante, donne à MIS Santé sa caution solidaire pour l'ensemble des engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des adhérents, ayants droit, bénéficiaires et de toutes autres personnes physiques et morales.

Si l'agrément faisant l'objet de la substitution était retiré à la MEP, les garanties seraient résiliées le dixième jour à midi à compter de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors remboursée à l'adhérent.

Objet du règlement mutualiste

→ Article 1. Objet du règlement

En application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 3 des statuts de MIS Santé, il est établi un règlement qui définit les engagements contractuels existants entre chaque adhérent et la mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

→ Article 2. Gamme « Moduli »

La gamme « Moduli » permet à chaque adhérent de composer la garantie mutualiste la mieux adaptée à ses besoins.

Les prestations sont classées en trois catégories :

- Médicales ;
- Médico-chirurgicales ;
- Primes et participations.

Pour chacune de ces catégories, il existe trois modules de prestations différents. L'adhérent peut ainsi choisir à l'intérieur de chacune des catégories désignées, le module de son choix.

- Modules 1, 4 ou 7 pour la catégorie « prestations médicales »,
- Modules 2, 5 ou 8 pour la catégorie « prestations médico-chirurgicales »,
- Modules 3, 6 ou 9 pour la catégorie « primes et participations ».

Les catégories sont optionnelles, l'adhérent peut ne choisir qu'une seule catégorie de prestations, à l'exception toutefois de la catégorie « primes et participations » qui ne peut être choisie seule.

NB : plus le chiffre désignant le module est élevé, plus les taux de prestations sont importants.

Les catégories sont optionnelles, l'adhérent peut ne choisir qu'une seule catégorie de prestations, à l'exception toutefois de la catégorie « primes et participations » qui ne peut être choisie seule.

Obligation des adhérents envers la mutuelle

→ Article 3. Cotisations

Les adhérents s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle. Sont compris dans cette cotisation, des cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions) ou techniques, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou les règlements de ces organismes.

La cotisation est individuelle, fixée forfaitairement et payable d'avance.

Pour le paiement de la cotisation, l'adhérent peut bénéficier sans frais supplémentaire d'un paiement fractionné. Le paiement de la cotisation peut se faire alors sur douze mois, sur quatre trimestres ou sur deux semestres. La première fraction doit être payée le jour de l'adhésion de l'adhérent, soit par chèque, soit par carte bancaire, soit directement par prélèvement. Les autres fractions sont prélevées directement sur le compte bancaire de l'adhérent, le 10 de chaque mois. Seul le prélèvement automatique est valable lorsque le paiement fractionné est choisi par l'adhérent.

Le prix de la cotisation peut varier suivant l'âge de l'adhérent. Lorsqu'un adhérent entre dans une nouvelle tranche d'âge, le nouveau tarif de la cotisation est applicable à compter du 1er janvier de l'année de son anniversaire.

Le prix de la cotisation varie selon la catégorie de garantie choisie par l'adhérent.

	MODULE 1	MODULE 4	MODULE 7		MODULE 2	MODULE 5	MODULE 8
<i>Enfants</i>	17,86 €	22,30 €	34,53 €	<i>Enfants</i>	16,67 €	23,38 €	46,77 €
18-28	26,74 €	33,45 €	51,31 €	18-28	24,47 €	34,53 €	70,26 €
29-35	26,74 €	33,45 €	51,31 €	29-35	24,47 €	34,53 €	70,26 €
36-40	31,18 €	38,97 €	59,11 €	36-40	27,82 €	40,16 €	80,22 €
41-45	34,53 €	42,33 €	64,63 €	41-45	31,18 €	43,52 €	88,01 €
46-50	37,89 €	46,77 €	71,34 €	46-50	33,45 €	47,96 €	97,00 €
51-55	43,41 €	53,48 €	81,41 €	51-55	38,97 €	55,75 €	111,50 €
56-60	53,48 €	74,70 €	92,56 €	56-60	44,60 €	63,55 €	128,17 €
61-65	63,55 €	78,05 €	95,81 €	61-65	53,48 €	65,82 €	130,45 €
66-99	65,71 €	79,13 €	104,79 €	66-99	57,92 €	71,34 €	134,89 €
>99	65,71 €	79,13 €	104,79 €	>99	57,92 €	71,34 €	134,89 €

	MODULE 3	MODULE 6	MODULE 9
<i>Enfants</i>	1,19 €	1,73 €	3,03 €
18-28	1,62 €	2,38 €	4,44 €
29-35	1,62 €	2,38 €	4,44 €
36-40	1,62 €	2,71 €	4,87 €
41-45	1,73 €	2,81 €	5,41 €
46-50	1,95 €	3,14 €	6,17 €
51-55	2,17 €	3,57 €	6,93 €
56-60	2,49 €	4,01 €	7,90 €
61-65	3,79 €	5,63 €	8,88 €
66-99	7,47 €	9,42 €	16,89 €
>99	7,47 €	9,42 €	16,89 €

En application de l'article 7 des statuts de MIS Santé, la qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la mutuelle. L'adhérent doit s'acquitter de la ou des cotisations dues au titre de ses ayants droit. Les ayants droit conjoints, (ou concubins ou partenaires liés par un PACS) et enfants, doivent avoir la même garantie que l'adhérent. Sont exonérés du paiement des cotisations, le troisième enfant et les suivants au titre d'ayants droit de l'adhérent.

→ Article 4. Renonciation

En application des dispositions légales, le souscripteur peut renoncer à sa demande d'adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'adhérent au siège social de MIS Santé, pendant un délai de quatorze jours à compter de la date de demande d'adhésion et obtenir la restitution intégrale des cotisations versées, déduction faite des éventuelles prestations payées pendant cette période ou restitution de celle-ci pour le surplus.

→ Article 5. Tacite reconduction

La gamme de garanties se renouvelle par tacite reconduction, d'année en année, pour une durée de 12 mois (et ce quelle qu'elle ait pu être leur durée initiale).

En application de la loi Chatel n° 2005-67 du 28 janvier 2005, reprise dans les dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par l'adhérent du droit de renonciation de l'adhésion est rappelée à chaque avis d'échéance annuel et en toute hypothèse avant le 31 octobre.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, l'adhérent est informé qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis, pour dénoncer la reconduction.

Le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

→ Article 6. Objet des garanties mutualistes

La Mutuelle assure directement des prestations mutualistes complémentaires de l'Assurance Maladie. Les prestations mutualistes servies aux adhérents ou bénéficiaires viennent en complément des prestations de Sécurité sociale, ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance. Toutefois le remboursement ne peut être en aucun cas supérieur au prix réel payé par l'adhérent.

Tous nos remboursements incluent le remboursement Sécurité sociale et sont basés sur les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale en vigueur au 30/11/2018. Prestations valables dans le respect du parcours de soins.

→ Article 7. Ouverture des droits

Règle générale

L'adhésion prend effet au lendemain de la signature du bulletin d'adhésion et arrive à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle se reconduit tacitement au 1er janvier de l'année suivante.

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée au plus tard deux mois avant la date d'échéance.

Délai de stage

Le droit aux prestations est acquis pour tout événement dont le point de départ (date du premier jour fixé par le Régime Obligatoire) se situe, soit après la date d'effet de l'adhésion, soit après les délais de stage indiqués ci-dessous.

Le droit aux prestations prend effet dans un délai de :

- 3 mois pour les prestations médicales,
- 6 mois pour les prestations médico-chirurgicales,
- 12 mois pour les primes et participations.

Aucun délai de stage n'est imposé au nouvel adhérent (et ses ayants droit) dans les cas suivants :

- lorsque l'adhérent souscrit une garantie mutualiste 120 ;
- lorsqu'il produit, lors de son adhésion, un certificat de radiation du précédent organisme assurant des prestations complémentaires à l'assurance maladie (mutuelles, sociétés d'assurances...), daté de moins de trois mois ;
- en cas d'accident, en raison du caractère aléatoire et incertain.

Aucun délai de stage n'est imposé pour les nouveau-nés inscrits dès leur naissance ou encore les nouveaux mariés dans les trois mois suivant leur mariage.

→ Article 8. Prestations valables dans le respect du parcours de soins

Risques couverts

Les risques couverts sont définis annuellement par le tableau des prestations approuvé par Assemblée Générale.

Taux de prestations

Les taux de prestations des différentes garanties sont définis dans le tableau des prestations approuvé par l'Assemblée Générale.

PRESTATIONS MEDICALES	Taux Sécurité sociale*	Remboursement taux Sécurité Sociale + Mutuelle		
		1	4	7
Médecins Généralistes – Spécialistes ⁽¹⁾				
<i>Consultation – visite – indemnités de déplacement</i>	70 %	100 %	140 %	180 %
Pharmacie				
<i>Vignette blanche</i>	65 %	100 %	100 %	100 %
<i>Vignette bleue</i>	35 %	100 %	100 %	100 %
Analyses				
<i>Prises en charge par la SS</i>	60 %	100 %	140 %	180 %
Radiologie	70 %	100 %	140 %	180 %
Auxiliaires médicaux et indemnités de déplacement	60 %	100 %	140 %	180 %
Ostéodensitométrie (par examen)	70 %	100 %	100 %	100 %
PRESTATIONS MEDICO-CHIRURGICALES		2	5	8
Dentaire				
<i>Soins dentaires</i>	70 %	100 %	100 %	130 %
<i>Orthodontie enfants de moins de 16 ans</i>	100 %	150 %	180 %	230 %
<i>Prothèses acceptées par la SS ⁽²⁾</i>	70 %	130 %	170 %	280 %
<i>Prothèses non prises en charge médicalement par la SS ⁽³⁾</i>	0 %	130 %	170 %	280 %
<i>Prothèses prises en charge à 100 % par la SS</i>	100 %	130 %	170 %	280 %
<i>Prothèses consécutives à un accident ⁽⁴⁾</i>		152,00 €	152,00 €	152,00 €
Optique				
<i>Monture, verre, lentilles acceptées par la SS ⁽⁵⁾</i>	65 %	100 %	130 %	170 %
		+ 125,00 €	+ 200,00 €	+ 300,00 €
<i>Lentilles non acceptées par la SS ⁽⁵⁾</i>	-	61,00 €	122,00 €	200,00 €
<i>En cas d'accident ⁽⁴⁾</i>	-	152,00 €	152,00 €	152,00 €
Orthopédie – Appareillages divers ⁽⁵⁾				
<i>Toutes prothèses et appareillages</i>	65 %	100 %	130 %	155 %
		+ 228,00 €	+ 228,00 €	+ 228,00 €
Prothèses auditives ⁽⁵⁾				
<i>Forfait supplémentaire (acquisition)</i>	65 %	100 %	130 %	150 %
		+ 228,00 €	+ 228,00 €	+ 228,00 €
Hospitalisation				
<i>Tous actes et soins</i>	80 %	100 %	130 %	150 %
<i>Franchise 18 € sur acte > 120 €</i>	0 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<i>Actes d'Anesthésiste (ADA)</i>	80 %	100 %	130 %	150 %
<i>Forfait Journalier Hospitalier ⁽⁶⁾</i>	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<i>Indemnités chambre individuelle ⁽⁷⁾</i>	-	33,00 €	37,00 €	42,00 €
<i>Indemnités lit d'accompagnement enfant ⁽⁸⁾</i>	-	33,00 €	37,00 €	42,00 €
Actes médicaux et chirurgicaux sans hospitalisation	70 %	100 %	130 %	150 %
<i>A.T.M. et A.D.C</i>	70 %	100 %	130 %	150 %
<i>Frais de salle d'opération</i>	65 %	100 %	100 %	100 %

Transport	65 %	100 %	130 %	150 %
AUTRES PRIMES ET PARTICIPATIONS		3	6	9
Cures thermales ⁽⁵⁾	65 %	100 %	100 %	100 %
		+ 76,00 €	+ 122,00 €	+ 155,00 €
Vaccins ⁽⁵⁾	-	50,00 €	76,00 €	90,00 €
Naissance, adoption ⁽⁹⁾	-	150,00 €	300,00 €	450,00 €

Taux de prestations :

(1) : Limitation à 40 consultations/personne/an pour la neuropsychiatrie.

(2) : Limitées à 600 € la première année.

(3) : Limitées à 3/personne/an dans la limite de 600 € la première année.

(4) : Voir conditions d'application dans le règlement mutualiste.

(5) : Dans la limite des frais engagés et fractionnables dans l'année.

(6) : Limitation à 70 jours/personne/an.

(7) : Limitation à 30 jours/personne/an et à 7 jours dans le cadre de la maternité.

(8) : Limitation à 21 jours/personne/an.

(9) : Pour bénéficier du forfait naissance, l'adhérent doit justifier d'au moins 10 mois d'adhésion aux Modules 3, 6 ou 9.

* Tarifs en vigueur au 30/11/2018.

Prestations des garanties

Les prestations des garanties de la mutuelle sont identiques pour les adhérents, soumis au régime général de Sécurité Sociale et ceux soumis au régime spécial des TNS (travailleurs non-salariés). Les forfaits sont annuels et sont attribués sur prescription médicale et sur présentation des factures ou reçus. Ceux-ci sont donc versés dans la limite des frais engagés et fractionnables dans l'année. Les prothèses non acceptées par la Sécurité Sociale sont remboursées après accord préalable de la mutuelle. En cas d'hospitalisation, le remboursement du forfait journalier hospitalier s'effectue aux frais réels.

Actes de prévention

Les vaccinations relatives aux Actes de Prévention comprennent la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite : tous âges. Le bilan du langage oral et/ou le bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit (AM024) sont pris en charge dans le cadre des Actes de Prévention à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.

Risques limités

Prestations médicales et médico-chirurgicales :

- **Consultation en neuropsychiatrie : la prise en charge est limitée à un maximum de 40 consultations par année civile ;**
- **Pour les soins d'orthodontie dento-faciale, les traitements doivent faire l'objet d'une demande d'entente préalable formulée à la Caisse d'Assurance Maladie avant le 16ème anniversaire de l'enfant. Ces traitements dispensés aux adultes et refusés par la Caisse d'Assurance Maladie ne sont pas pris en charge par notre organisme ;**
- **En cas d'hospitalisation, le remboursement du forfait journalier hospitalier s'effectue à hauteur des frais réels et est limité à 70 jours par an ;**
- **Le versement d'indemnité pour « lit d'accompagnant enfant » est limité à 21 jours par an, sur présentation de facture(s) pour les hospitalisations en chirurgie ;**
- **Le versement d'indemnités pour « chambre individuelle » est limité à 7 jours par accouchement et 30 jours dans les services de médecine, de convalescence et de réadaptation ;**
- **Les forfaits sont attribués sur prescription médicale et sur présentation des factures ou reçus. Ceux-ci sont donc versés dans la limite des frais engagés et fractionnables dans l'année ;**
- **Pour les cures thermales sans hospitalisation, les soins thermaux ainsi que le forfait de surveillance pris en charge par la Caisse d'Assurance Maladie sont remboursés pour la part mutuelle sur présentation du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie ou de la facture de l'établissement.**

Risques exclus

Les actes de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident sont exclus.

→ Article 9. Cessation des droits

Les droits aux prestations mutualistes cessent à compter de la date de début des soins, après deux ans et jusqu'au premier jour du trimestre civil suivant. Toutes les actions dérivant des opérations régies par le livre II du Code de la Mutualité sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont

ignoré jusque-là,

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

—▶ Article 10. Dates de prise en compte pour la détermination du droit aux remboursements des prestations

1/ Actes des praticiens prescripteurs (médecins, dentistes, sages-femmes) : date des soins. En cas d'actes en série, la date de chaque acte est prise en considération.

2/ Actes des praticiens auxiliaires : date de la prescription.

3/ Médicaments, accessoires, pansements, optique, autres fournitures : date de prescription lors de la première exécution de l'ordonnance, la date d'achat pour les renouvellements.

4/ Prothèses dentaires et autres : il sera fait référence à la législation de la Sécurité sociale.

5/ Appareillage : date d'accord du contrôle médical ; si le contrôle médical ne matérialise pas son accord, la date prise en considération est la date de la demande d'accord du contrôle médical + quinze jours.

6/ Analyses médicales : date de prescription lors de la première exécution, date d'exécution pour les renouvellements.

7/ Transports : la date du déplacement pour les transports en ambulance, en VSL, en taxi ou autre moyen personnel ou public.

8/ Hospitalisation : pour les frais de séjour et honoraires, prise en considération de chaque journée d'hospitalisation.

9/ Cures thermales : date de prescription de la cure thermique (ou date de la demande d'accord du contrôle médical).

10/ Cas particuliers : lorsque la demande de prestations est effectuée sur présentation de décomptes de règlements établis par un organisme de prévoyance (assurance maladie ou autre) qui est intervenu dans un premier temps, la date prise en considération est la date des soins précisés sur le décompte.

11/ Les forfaits : date de prescription lors de la première exécution de l'ordonnance, date d'achat pour les renouvellements sur présentation de la prescription médicale et de la facture, date de naissance pour le forfait maternité sur présentation du livret de famille portant mention de la naissance ou de l'extrait de naissance.

Modalités de remboursement

L'adhérent doit communiquer les feuilles de soins établis par les professionnels de santé destinés à la mutuelle. L'ensemble de ces précisions peut être fourni par un certificat du premier organisme payeur. En cas d'impossibilité pour l'adhérent de fournir les détails nécessaires pour la prise en charge, il doit certifier sur l'honneur, que les soins ont été exécutés pendant la période d'ouverture des droits.

Pour les garanties qui le prévoient, l'adhérent doit présenter un document justifiant de son paiement de la prestation :

- Ostéopathie ou chiropraxie : une participation est versée sur présentation d'une facture acquittée par séance ;
- Ostéodensitométrie : une participation est versée sur présentation d'une facture acquittée avec la désignation de l'examen ;
- Implants dentaires : une participation est versée sur présentation d'une facture acquittée.
- Lentilles de contact refusées : la participation annuelle est versée sur présentation de la facture acquittée et de la prescription portant la mention « hors TIPS » ;
- Appareillage et fauteuil roulant : les participations sont attribuées sur présentation du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie et de la facture dûment acquittée justifiant l'achat ;
- Acoustique : la participation est attribuée sur présentation du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie et de la facture dûment acquittée justifiant l'achat, celle-ci est doublée en cas d'appareil stéréophonique.

—▶ Article 11. Frais de traitement

Effet et cessation des garanties

- Effet des garanties : au moment de l'adhésion.
- Cessation des garanties : lorsque l'assuré cesse d'appartenir au groupe assuré.

Autres obligations

- Déclaration des sinistres : au plus tard dans les 5 jours suivant l'événement pouvant ouvrir droit aux prestations.
- Pièces justificatives : les prestations ne sont réglées qu'après réception des pièces.

Objet de la garantie

Dans le cas d'un accident entraînant des soins prescrit médicalement (frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation ou d'ambulance), la mutuelle ajoute à ses remboursements cités précédemment, un forfait supplémentaire de 152 € qui restent à la charge de l'adhérent après remboursement de la Sécurité sociale.

Le plafond de garantie est de 456 € par an et par personne (dont frais afférents aux appareils d'orthopédie, de lunettes et de prothèses, y compris prothèses dentaires).

N.B : Ce contrat mutualiste permet aux travailleurs indépendants non-salariés professions libérales grâce à l'adhésion à l'ANIP (Association loi 1901) de bénéficier des avantages de la loi Madelin.

→ Article 12. Changement de garantie

Si un adhérent souhaite modifier sa garantie mutualiste et opter pour un ou plusieurs modules d'un niveau de prestations plus élevé, la date d'effet s'effectue lors de chaque échéance trimestrielle. L'adhérent doit alors conserver cette garantie mutualiste jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Si un adhérent souhaite modifier sa garantie mutualiste et opter pour un ou plusieurs modules d'un niveau de prestations inférieur, la date d'effet s'effectue lors de chaque échéance trimestrielle. En revanche, l'adhérent doit justifier de son adhésion à la garantie initiale depuis le 1er janvier de l'année en cours.

→ Article 13. Fonds d'entraide mutualiste

Dans le cadre de son action sociale et de solidarité, MIS Santé peut accorder des allocations exceptionnelles à ses adhérents ainsi qu'à leurs ayants droit lorsque leur situation le justifie.

Les bénéficiaires sont les adhérents de MIS Santé.

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

Les domaines d'intervention du fonds mutualiste sont :

- aider les adhérents subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leur cotisation du régime complémentaire d'assurance maladie,
- permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que l'adhérent de MIS Santé se trouve dans une situation exceptionnelle et d'une particulière gravité.

Toute personne souhaitant bénéficier d'une allocation au titre du fonds d'entraide soumet au Conseil d'Administration de MIS Santé une demande motivée et étayée par des pièces justificatives.

C'est au Conseil d'Administration en premier et en dernier ressort qu'il appartient d'étudier les demandes qui lui sont soumises soit pour les accepter, soit pour les rejeter et ce totalement ou partiellement.

La constitution du fonds d'entraide mutualiste est assurée par une dotation votée annuellement par l'Assemblée Générale.

→ Article 14. Modalités de résiliation

14.1 Résiliation annuelle

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion tous les ans en adressant, au siège social de MIS Santé, une lettre recommandée avec avis de réception, au moins 2 mois avant le 31 décembre de chaque année, date d'échéance du contrat mutualiste (soit donc avant le 31 octobre de la même année), le cachet de la Poste faisant foi, ou sauf si la loi ou le règlement en disposait autrement.

14.2 Cas de résiliations exceptionnelles en cours d'année

Cadre général

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion en adressant, au siège social de MIS Santé, une lettre recommandée avec avis de réception accompagnée de toutes les pièces justifiant sa demande de résiliation. La nature des pièces attendues est précisée dans les paragraphes suivants pour chacun des cas de résiliation autorisés. La prise en compte de la demande de résiliation anticipée ne peut intervenir qu'une fois que MIS Santé est en possession de toutes les pièces justificatives.

La garantie complémentaire prend alors fin le dernier jour du mois en cours.

MIS Santé rembourse à l'adhérent la partie des cotisations correspondant à la période non couverte par la garantie, période calculée à compter de la date de fin de la garantie jusqu'à la fin initialement convenue et/ou théorique de la garantie, si celle-ci n'avait pas fait l'objet d'une résiliation anticipée.

Résiliation suite à l'adhésion d'un contrat collectif obligatoire

Justificatif attendu : attestation tamponnée et signée de l'employeur précisant le caractère obligatoire et collectif du contrat.

Résiliation suite à l'obtention de la Couverture Maladie Universelle (CMU)

Justificatif attendu : attestation de droits à la CMU délivrée par le Régime Obligatoire (RO).

Résiliation suite à la souscription à une complémentaire santé entrant dans le dispositif ACS

Justificatif attendu : attestation de souscription au contrat ACS mentionnant la date de début des droits de la garantie.

Résiliation pour un départ à l'étranger

MIS Santé accepte les demandes de résiliation en cours d'année pour cause de départ à l'étranger si la durée du séjour chevauche d'au moins 6 mois la durée de la garantie.

La garantie prend fin le dernier jour du mois au cours duquel le départ à l'étranger a lieu seulement si la demande de résiliation est antérieure à la date de départ prévue.

Justificatif attendu : billet d'avion, bail à l'étranger, contrat de travail à l'étranger ou tout justificatif attestant d'un séjour à l'étranger.

Résiliation suite à une affiliation à un régime spécial

Justificatif attendu : attestation de l'affiliation à un régime spécial de Sécurité sociale et à la complémentaire santé du même organisme.

Résiliation suite au changement ou à la disparition des conditions d'adhésion liées au champ de recrutement

Ainsi que l'édicte l'article L.221-17 du Code de la mutualité, pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité.

Il peut être mis fin à l'adhésion pour chacune des garanties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

→ Article 15. Traitement des réclamations • Médiation • Autorité de contrôle

15.1 Sur les réclamations

Pour toutes les réclamations concernant votre garantie complémentaire (commercialisation, contrat, règlement mutualiste, remboursement, ...) trois moyens de contact sont à votre disposition :

- par téléphone, du lundi au vendredi de 09 heures 00 à 17 heures 00, au 04 26 317 910 (appel non surtaxé) ;
- par courrier à l'adresse suivante : MIS Santé, Service gestion • CS 30041 • 13417 Marseille Cedex 8 ;
- par email : via notre formule de contact disponible à l'adresse <http://www.mis-sante.fr/Nous-sommes-a-votre-ecoute/p/5/0/0/>.

La mutuelle s'engage à accuser réception de votre réclamation sous 7 jours puis une réponse sera adressée le plus rapidement possible, dès transmission de votre part la totalité des pièces nécessaires à l'instruction et au traitement de votre réclamation, et ce sous un délai maximum d'un mois.

15.2 Sur la médiation

La médiation est un mode de règlement des litiges, hors des voies judiciaires et contentieuses, privilégiant la recherche d'une entente entre les parties.

Elle permet par l'intervention d'un tiers indépendant et impartial, le médiateur, de résoudre le différend grâce à un processus amiable et confidentiel.

Le médiateur ne peut être saisi par l'adhérent ou par la mutuelle, sous peine d'irrecevabilité, qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à la mutuelle et ce dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation que l'adhérent a adressé à la mutuelle.

Les modalités de saisine du médiateur sont les suivantes.

Toute demande de médiation doit être formulée soit :

- par écrit, à l'adresse suivante :
Médiateur de la FNIM
4, Avenue de l'Opéra – 75001 Paris ;
- par email : mediateur@fnim.fr.

Pour consulter la charte de médiation : www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html

15.3 Sur l'autorité de contrôle

En application de l'article L.510-1 du Code de la mutualité, le contrôle de l'État sur les mutuelles, unions et fédérations régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Pour joindre cette Autorité Administrative Indépendante (AAI) :

- adresser un courrier à l'adresse suivante : ACPR • 4, place de Budapest • CS 92459 • 75436 Paris Cedex 09 ;
- téléphoner au 08 111 901 801 (prix d'un appel local à partir de la France métropolitaine de 08 heures 00 à 18 heures 00, du lundi au vendredi) ;
- se rendre sur son site internet : www.abe-infoservice.fr.

→ Article 16. Données personnelles

Le traitement des informations personnelles recueillies par la mutuelle est effectué sous la responsabilité de cette dernière et exclusivement aux fins de la gestion de la mutuelle conformément à son objet, en conformité avec les dispositions du Règlement n° 2016/679, dit Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et toute loi ou règlement français applicable.

Les données personnelles détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

La mutuelle a mis en place des mesures de sécurité techniques, physiques et administratives afin d'assurer la confidentialité des données personnelles traitées ou détenues.

Les données personnelles sont conservées pendant la durée de leur adhésion à la mutuelle et pendant la durée des délais de prescription tels que fixés par la loi.

Sauf autorisation du membre de la mutuelle, aucune donnée personnelle traitée ou détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Tout membre de la mutuelle ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander la communication, la mise à jour ou rectification et la portabilité des données personnelles le(la) concernant, détenues dans les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit en s'adressant à la mutuelle :

- par courrier à l'adresse suivante : MIS Santé – Protection des données personnelles – CS 30041 – 13417 Marseille cedex 08 ;
- par mail : donneespersonnelles@mis-sante.fr.

Informations concernant les garanties dont le risque est porté
par un autre organisme habilité à pratiquer
des opérations d'assurance



Notice d'information - MIS Santé

adoptés par l'Assemblée Générale en date du 3 mars 2018

CHAPITRE 1 : ASSISTANCE A DOMICILE ET VIE QUOTIDIENNE

→ I - INFORMATION

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

Informations d'ordre général sur la santé

- les urgences (n° samu, pompier, centre anti-poison ...)
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- les problèmes d'alcool, de tabagisme
- les problèmes de poids
- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...)
- la grossesse et l'accouchement : les médicaments interdits/à éviter, les examens à effectuer (obligatoires/facultatifs)
- les maladies infantiles
- les vaccinations à effectuer : caractère obligatoire/conseillés, risques liés à la vaccination
- les maladies du 3ème/4ème âge
- l'alimentation : en général et en fonction de certaines pathologies : ex : le diabète
- les médicaments : les médicaments génériques
- informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre... (ex : rougeole, sida...)
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité Sociale...)

Informations spécifiques à une pathologie (ex : parkinson, alzheimer, autisme, allergies, sida...)

- le traitement et les conséquences médicales de cette pathologie :
- aide dans les recherches
- l'évolution de la maladie
- risque de transmission aux enfants (génétiquement), risque de contagion pour l'entourage

→ II - EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT AU DOMICILE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, CHUBB ASSISTANCE peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

Admission à l'hôpital

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

- la recherche et la réservation d'une place en milieu hospitalier public ou privé, dans la limite des disponibilités dans les établissements hospitaliers situés dans un rayon de 100 km autour du domicile du bénéficiaire.

- Le transport du bénéficiaire à l'hôpital et le retour au domicile par ambulance, de son domicile vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital de son choix situé dans un rayon de 50 km maximum autour de son domicile. La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié. En conséquence, le bénéficiaire s'engage à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes et à verser à CHUBB ASSISTANCE toutes sommes perçues par lui à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par CHUBB ASSISTANCE.
- L'information à la famille ou aux personnes préalablement désignées par le bénéficiaire du lieu d'hospitalisation où elles pourront prendre de ses nouvelles.

Pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation imprévue

- Pendant l'hospitalisation du bénéficiaire attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, si l'hospitalisation doit durer plus de 2 (deux) jours et si aucun proche n'est disponible sur place,
- Ou pendant l'immobilisation au domicile sans hospitalisation ou pour convalescence, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, si l'immobilisation doit durer plus de 5 (cinq) jours et si aucun proche n'est disponible sur place, CHUBB ASSISTANCE organise et prend en charge :

La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

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

Le séjour à l'hôtel de la personne

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

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

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher. A l'issue de cette prestation et si l'hospitalisation doit se prolonger, CHUBB ASSISTANCE pourra organiser soit la Présence d'un proche au domicile, soit le transfert des enfants chez un proche.

La présence d'un proche au domicile

Voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour s'occuper des enfants ou petits enfants de moins de 15 ans à la charge du bénéficiaire. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des enfants ou petits enfants chez un proche ».

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

Voyage aller et retour jusque chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de CHUBB ASSISTANCE. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au domicile ».

Une veille sur les ascendants

Par une personne de compagnie, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation. Chaque prestation de la personne de compagnie dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

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

- Soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum par période d'hospitalisation,
- soit chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile. L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

La livraison de médicaments en urgence

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

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

L'aide ménagère à domicile

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 12 heures pouvant être réparties sur 3 semaines. Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire. Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile. Dans tous les cas, cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

Le coiffeur à domicile

Sur rendez-vous, pris en charge une fois par immobilisation et pour un maximum de 45 € TTC.

La télé-assistance ponctuelle

Mise à disposition au domicile d'un dispositif de télé-assistance pendant 3 (trois) mois si le bénéficiaire est isolé pendant sa convalescence à la suite d'une hospitalisation de plus de 15 jours. Le dispositif est composé d'un appareil de télécommunication spécial et d'un service d'écoute. Il permet à l'assuré de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son habitation, 24 heures sur 24, en actionnant simplement une télécommande qu'il conserve sur lui. Un opérateur du service d'écoute entre en liaison vocale avec lui sans qu'il ait à décrocher son téléphone grâce au transmetteur (qui compose automatiquement le numéro du centre de surveillance et joue le rôle d'interphone). L'opérateur dialogue avec l'assuré pour analyser la situation, le rassurer et lui venir en aide en cas de problème. Il peut contacter les proches du bénéficiaire, son médecin, les pompiers, la police, un réparateur, etc. Si le bénéficiaire ne peut pas répondre, l'opérateur déclenche immédiatement l'intervention la plus rapide, c'est-à-dire conjointement les proches, amis ou voisins et les secours d'urgence si nécessaire. Au-delà de cette période de pendant 3 (trois) mois, CHUBB ASSISTANCE pourra, à sa demande, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

Conditions applicables a la mise en place du dispositif teleassistance

Lors de la demande le bénéficiaire devra nous fournir un certain nombre de données confidentielles le concernant pour la mise en place du service :

- ses coordonnées et les moyens d'accès à son domicile
- les coordonnées d'au moins un dépositaire de clefs proche de son domicile
- des informations concernant son entourage
- des informations concernant son état de santé et les coordonnées de son médecin traitant la présence éventuelle d'une autre personne ou d'animaux domestiques au domicile
- La livraison et la mise à disposition du matériel médical qui lui a été prescrit par son médecin. La demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier ou télécopie. Le coût du matériel médical reste à la charge du bénéficiaire.
- La recherche d'un médecin en l'absence du médecin traitant, à l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone (médecin de garde ou service d'urgence). Dans ce cas, CHUBB ASSISTANCE n'est pas responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de CHUBB ASSISTANCE. Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.
- La recherche d'une infirmière sur prescription médicale, le plus près possible de l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone. Dans ce cas, CHUBB ASSISTANCE n'est pas responsable si aucune infirmière n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de CHUBB ASSISTANCE. Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

—> III- PRESTATIONS SPÉCIALES POUR ENFANT HOSPITALISÉ OU IMMOBILISÉ AU DOMICILE

Pendant l'immobilisation au domicile sans hospitalisation ou pour convalescence, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, si l'immobilisation doit durer plus de 2 (deux) jours et si aucun proche n'est disponible sur place, CHUBB ASSISTANCE organise et prend en charge :

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

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

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

La prestation est assurée par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens. Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile.

La conduite de l'enfant à l'école

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

Une aide pédagogique dans les matières scolaires principales

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

L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi, à raison de 15 heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables par tranche de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire. La mise en place de l'aide pédagogique peut nécessiter un délai 2 jours ouvrés. Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'hospitalisation imprévue de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs.

—▷ IV - EN CAS DE TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE

Lorsque le bénéficiaire est confronté à une situation difficile telle qu'une agression, un accident ou une maladie grave dont lui-même ou un de ses proches est victime, ou tous autres événements qui l'affectent psychologiquement et qu'il souhaite être accompagné pour mieux les surmonter, CHUBB ASSISTANCE organise et prend en charge :

Un soutien psychologique

Par un psychologue clinicien qui aidera le bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile. La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de CHUBB ASSISTANCE qui le rappellera pour entamer la démarche. Si besoin, le bénéficiaire pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de CHUBB ASSISTANCE soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur.

L'accompagnement proposé est limité à 3 entretiens au plus. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

Un accompagnement psychologique

Par un psychologue proche du domicile du bénéficiaire. Cette prestation est soumise à une évaluation conjointe par le médecin de CHUBB ASSISTANCE et le médecin traitant du bénéficiaire ou le médecin urgentiste intervenu au moment de l'événement. Si la situation du bénéficiaire justifie un accompagnement psychologique en raison de l'ampleur du traumatisme subi, un premier rendez-vous avec le psychologue permet de déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement. Dans ce cas, la prise en charge de CHUBB ASSISTANCE est limitée à 12 heures de consultation en cabinet. Dans le cas contraire, le médecin traitant convient avec son patient du mode d'intervention adapté.

—▷ V - EN CAS DE DIFFICULTÉ À REPRENDRE LA VIE PROFESSIONNELLE

Aide au Retour à l'Emploi et Aide au Retour à la Vie Professionnelle pour les Accidentés.

Lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie médicalement attestés, le bénéficiaire a perdu son emploi, ou que son état rend difficile sa réintégration dans la vie professionnelle, CHUBB ASSISTANCE lui propose une mise en relation avec un organisme spécialisé sur simple demande formulée par téléphone du lundi au vendredi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés. **Dans le cadre de cette prestation, CHUBB Assistance assure un service uniquement et strictement limité à la France Métropolitaine.**

CHUBB ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire les services ci-après :

Informations Décès/Succession.

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, le bénéficiaire, pour préparer sa succession, ou ses proches, trouveront auprès des spécialistes de CHUBB ASSISTANCE, les renseignements dont ils ont besoin dans les domaines ci-après :

Le décès :

- le décès à l'hôpital/le décès à domicile
- la constatation du décès
- les prélèvements d'organes, les dons d'organes
- la conservation du corps : la thanatopraxie
- le transport du corps
- les chambres funéraires

Les obsèques :

- les sociétés de pompes funèbres
- les sociétés de marbrerie funéraire
- l'organisation des pompes funèbres en France
- la préparation des obsèques
- la toilette du défunt
- le choix du cercueil et des accessoires
- les voitures funéraires
- les concessions
- la crémation
- les différents rites et cérémonies religieuses

Les démarches de succession :

- le règlement des frais d'obsèques
- l'apposition des scellés
- le sort des avoirs financiers et des biens détenus par le défunt (mobilier, objets, véhicules, biens immobiliers...) : règles applicables et démarches à effectuer
- les formalités auprès des organismes, droits à faire valoir et calendrier : Caisse de Retraite, employeur, ASSEDIC, établissements financiers, Sécurité Sociale, allocations familiales, mutuelles, administration fiscale...
- Le compte bancaire joint, les assurances... -
- Les déclarations à la mairie...

Le règlement de la succession :

- les options offertes aux héritiers et leurs conséquences : l'acceptation de la succession, l'acceptation sous bénéfice d'inventaire, la renonciation.

Les règles de répartition de la succession :

- l'ordre de succession et les modalités d'attribution
- les règles applicables, générales, et particulières à certaines situations (représentation, fente successorale, enfants adoptés, décès simultanés, transmission des droits de propriété littéraire et artistiques...)
- les droits du conjoint survivant

Les situations particulières d'héritage :

- le testament, les donations, l'usufruit, la nue-propriété
- les mineurs, les incapables majeurs
- les héritiers résidant à l'étranger

Comment disposer, prendre possession des biens :

- l'indivision
- les formalités : actes notariés, pièces héréditaires
- le partage

Les droits de succession :

- les biens à déclarer
- la détermination de l'actif successoral taxable
- le paiement des droits et contrôle du fisc

Les droits du conjoint et de ses enfants :

- l'aide sociale
- l'allocation veuvage
- la pension de réversion de la Sécurité Sociale
- les droits des conjoints divorcés (pension partagée)
- la location (le droit au maintien)
- le capital décès pour les cotisants à la Sécurité Sociale.

Assistance Décès.

Lorsque le bénéficiaire décède au domicile ou en milieu hospitalier proche du domicile, CHUBB ASSISTANCE apporte son concours à ses proches pour les aider à faire face, et à leur demande, organise et prend en charge :

- La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux) à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum, en attendant que la famille prenne les dispositions appropriées. L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.
- Coordination de l'organisation des obsèques, en France métropolitaine, à la demande de la famille de bénéficiaire et pour son compte : convoi, cérémonie religieuse, ouverture du caveau et mise en bière, ect. Pour ce faire, CHUBB ASSISTANCE fait appel à son prestataire habituel ou à celui désigné par la famille ou par le bénéficiaire dans les informations confiées à CHUBB ASSISTANCE. Dans ce cas, un devis envoyé aux ayants droit pour accord préalable doit être approuvé par un ayant droit ou une personne ayant reçu délégation pour ce faire. Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation sont à la charge de la famille.

Assistance aux enfants du bénéficiaire décédé

Si aucun proche n'est en mesure de s'occuper d'eux, CHUBB ASSISTANCE organise et prend en charge pour les enfants du bénéficiaire décédé âgés de moins de 15 ans :

La présence d'un proche au domicile du bénéficiaire

Voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par la famille, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour s'occuper des enfants ou petits enfants. Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert des enfants ou petits enfants chez un proche » et « Garde au domicile des enfants ou petits enfants ».

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

Voyage aller et retour jusque chez un proche désigné par la famille, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par la famille ou un correspondant de CHUBB ASSISTANCE. Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » et « Garde au domicile des enfants ou petits enfants ».

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

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher. Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » et « Transfert des enfants ou petits enfants chez un proche ».

→ VII - EXCLUSIONS GÉNÉRALES APPLICABLES AUX PRESTATIONS DU CHAPITRE 1

Sont exclus :

- les demandes non justifiées
- les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées.
- les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile,
- les hospitalisations prévisibles,
- les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat.
- les maladies chroniques psychiques
- les maladies psychologiques antérieurement avérées/constituées (ou) en cours de traitement
- les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées,
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
- les états de grossesse, sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 36ème semaine d'aménorrhée,
- les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, et de l'absorption d'alcool,
- les conséquences de tentative de suicide
- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,

- de l'exposition à des agents incapacitants,
- de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire,
- les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche.
- la plongée sous marine si le bénéficiaire ne pratique pas ce sport dans une structure adaptée et reconnue par la CMAS (Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques) et si en cas d'accident, le bénéficiaire n'a pas été pris en charge par un centre de traitement hyperbare (CHUBB ASSISTANCE n'intervient qu'après cette première prise en charge pour organiser l'assistance médicale).

CHAPITRE 2 : ASSISTANCE AUX PERSONNES EN VOYAGES

→ I - ASSISTANCE AUX PERSONNES

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application de la présente convention d'assistance, vous vous engagez à réserver à CHUBB ASSISTANCE France le droit d'utiliser le titre de transport que vous détenez, ou à rembourser CHUBB ASSISTANCE des montants dont vous obtiendriez le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre de transport.

Transport/Rapatriement

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui vous a reçu, à la suite de la maladie ou de l'accident. Nos médecins recueillent toutes les informations nécessaires à la décision qui doit être prise dans votre intérêt médical, auprès du médecin local, et éventuellement auprès du médecin traitant habituel. Les informations recueillies nous permettent après décision de nos médecins, de déclencher et organiser en fonction des seules exigences médicales, soit votre retour à votre domicile, soit votre transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de votre domicile, par véhicule sanitaire léger, ambulance, wagon-lit train en 1ère classe (couchette ou place assise), avion de ligne en classe économique ou avion sanitaire. Dans certains cas, votre sécurité peut nécessiter un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche de votre domicile. Notre Service Médical peut réserver une place dans le service où l'hospitalisation aura été prévue. Seuls votre intérêt médical et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport ; le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel. Les informations des médecins locaux ou du médecin traitant habituel, qui peuvent être essentielles, nous aident à prendre la décision qui paraît la plus opportune. Il est, à cet égard, expressément convenu que la décision finale à mettre en oeuvre dans votre intérêt médical appartient en dernier ressort à nos médecins, et ce afin d'éviter tous conflits d'autorités médicales. Par ailleurs, dans le cas où vous refusez de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, vous nous déchargez expressément de toute responsabilité, notamment en cas de retour par vos propres moyens, ou encore en cas d'aggravation de votre état de santé.

Retour d'un accompagnant

Nous organisons et prenons en charge le transport soit d'un membre de votre famille (conjoint ou concubin, père, mère, frère, soeur, grands-parents) soit d'une personne bénéficiaire voyageant avec vous afin, si possible, de vous accompagner lors de votre retour. Selon l'avis de notre service médical, ce transport se fera soit avec vous, soit individuellement par train en 1ère classe ou par avion en classe économique.

Présence hospitalisation

Vous êtes hospitalisé sur le lieu de votre maladie ou de votre accident et nos médecins ne préconisent pas un transport avant 10 jours : nous organisons et prenons en charge le déplacement aller et retour par train en première classe ou avion de ligne en classe économique d'une personne choisie et résidant en France pour lui permettre de se rendre à votre chevet. Nous prenons également en charge les frais d'hôtel de cette personne sur place, à concurrence de 46 € TTC par nuit pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner).

Cette personne doit :

- être domiciliée en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco ou d'Andorre si vous y êtes domicilié,
- être domiciliée dans le même département ou territoire d'OutreMer que vous si vous êtes domicilié dans les DOM-TOM.

Prolongation de séjour

Nous organisons et prenons en charge vos frais de prolongation de séjour à l'hôtel et d'une personne bénéficiaire

demeurant à votre chevet si vous ne pouvez entreprendre votre retour à la date prévue pour des raisons médicales validées par notre service médical. Nous prenons en charge les frais d'hôtel à concurrence de 46 € TTC par nuit et par personne pour vous et votre accompagnant pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner). Les prestations « retour d'un accompagnant », « présence hospitalisation » et « prolongation de séjour » ne sont pas cumulables entre elles.

Remboursement complémentaire des frais médicaux

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement hors de France : nous remboursons, à hauteur de 5.336 € TTC et de 76.225 € TTC pour les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, le Japon et l'Asie du Sud Est par bénéficiaire et pendant la durée de validité du contrat le montant des frais médicaux engagés hors de France et restant à votre charge après remboursement effectué par la Sécurité Sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance. Une franchise de 31 € par bénéficiaire et par événement est appliquée dans tous les cas. Les soins dentaires sont remboursés dans les mêmes conditions avec un plafond de 77 € TTC. Vous vous engagez, vous ou vos ayants droits à cette fin à effectuer, dès votre retour en France, toutes démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, nous procédons au remboursement tel que défini ci-dessus à la condition

que vous nous communiquiez les documents suivants :

- Décomptes originaux des organismes sociaux et/ou de prévoyance justifiant des remboursements obtenus,
- Photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées.

Dans l'hypothèse où l'organisme d'assurance maladie auquel vous cotisez ne prendrait pas en charge les frais médicaux engagés, nous vous rembourserons les frais engagés jusqu'à un maximum de 5336 € TTC et de 76225 € TTC pour l'Australie, les Etats-Unis, le Canada, le Japon et l'Asie du Sud Est, sous réserve que vous nous présentiez les originaux des factures de frais médicaux et de l'attestation de non prise en charge émanant de l'organisme d'assurance maladie.

Nature des frais médicaux ouvrant droit à remboursement complémentaire :

- honoraires médicaux,
- frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- frais d'ambulance ordonnée par un médecin pour un trajet local,
- frais d'hospitalisation tant que le bénéficiaire a été jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Le remboursement complémentaire de ces frais d'hospitalisation cesse à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer le transport du bénéficiaire,
- urgence dentaire.

Avance des frais d'hospitalisation

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement hors de France tant que vous vous trouvez hospitalisé, nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de 5.336 € TTC et de 76.225 € TTC pour les Etats-Unis, le Canada, le Japon, l'Australie et l'Asie du Sud Est par bénéficiaire et pendant la durée de validité du contrat sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- pour des soins prescrits en accord avec nos médecins,
- tant que vous êtes jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Aucune avance n'est accordée à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre transport. Dans tous les cas, vous vous engagez à nous rembourser cette avance 30 jours après réception de la facture. Cette obligation s'applique même si vous avez engagé les procédures de remboursement visées au paragraphe « Remboursement complémentaire des frais médicaux ». Bien entendu, dès que ces procédures aboutiront nous prendrons en charge le remboursement complémentaire des frais médicaux, dans les conditions et à concurrence des montants prévus au paragraphe « Remboursement complémentaire des frais médicaux » et sous réserve que vous nous communiquiez les documents prévus au paragraphe « Remboursement complémentaire des frais médicaux ».

→ II - ASSISTANCE EN CAS DE DECES

Retour anticipé

Lorsque vous apprenez le décès en France d'un membre de votre famille (conjoint concubin, enfants, père, mère, frères, soeurs, beaux-parents, grands-parents) ou votre convocation à un examen de rattrapage scolaire non prévu avant votre départ et sous réserve que la notification d'échec ait été effectuée dans un délai non prévu initialement nous organisons et prenons en charge :

- soit votre voyage aller retour
- soit votre voyage aller simple et celui d'une personne bénéficiaire voyageant avec vous par train 1ère classe ou avion de ligne classe économique. A défaut de présentation de justificatifs (certificat de décès, convocation) dans un délai de 30 jours, nous nous réservons le droit de vous facturer l'intégralité de cette prestation.

Transport de corps

Un bénéficiaire décède au cours d'un déplacement : nous organisons et prenons en charge le transport du corps jusqu'au lieu des obsèques en France. Nous prenons également en charge les frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport; nous participons aux frais de cercueil jusqu'à concurrence de 458 € TTC. Les autres frais, et notamment les frais de cérémonie, convois locaux, inhumation, restent à la charge de la famille. Pour les bénéficiaires domiciliés dans les DOM TOM, la prestation ne pourra être acquise que si le décès survient hors du Département ou Territoire d'Outre Mer où ils sont domiciliés.

→ III - AIDE AU VOYAGE

Transmission de messages urgent à la famille

CHUBB ASSISTANCE s'engage en cas d'accident ou maladie, à prévenir votre famille restée en France et à lui transmettre les messages urgents.

Avance de fonds

Lors d'un déplacement hors de France, vous perdez ou vous faites dérober vos moyens de paiement (carte(s) de crédit, chéquier(s) ...) : nous vous accordons, moyennant le versement de la somme correspondante par un tiers et après accord préalable de l'organisme financier émetteur du titre de paiement une avance de fonds d'un montant maximum de 2287 € pour vous permettre de faire face aux dépenses de première nécessité.

Envoi de médicaments

Vous êtes en déplacement hors de France : si le pays ne dispose pas des médicaments, prescrits par un médecin, indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, nous recherchons localement leurs équivalents éventuellement disponibles et, à défaut, les recherchons en France métropolitaine exclusivement et les expédions sur votre lieu de séjour par les moyens les plus rapides sous réserve des contraintes légales locales et françaises. Nous prenons en charge les frais d'expédition et vous refacturons les frais de douane et le coût d'achat des médicaments. Avant de partir, si vous êtes sous traitement, nous vous conseillons de ne pas oublier d'emporter les médicaments en quantité nécessaire et suffisante pour la durée du traitement. En effet certains pays (Etats-Unis, Israël...) n'autorisent pas ce type d'envoi. L'abandon de la fabrication des médicaments par le laboratoire, la non-disponibilité en France métropolitaine constituent des cas de force majeure qui peuvent retarder ou rendre impossible l'exécution de cet engagement.

Informations voyages

Nous pouvons vous fournir des informations concernant :

- Les précautions médicales à prendre avant d'entreprendre un voyage (vaccins, médicaments...),
- les formalités administratives à accomplir avant un voyage ou en cours de voyage (visas, quitus fiscal...),
- les conditions de voyage (possibilités de transport, horaires d'avions...),
- les conditions de vie locale (température, climat, nourriture...).

Nous pouvons vous conseiller sur les démarches à entreprendre pour poursuivre un voyage interrompu par un incident inopiné (mauvaise correspondance, réservation annulée...). Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance par téléphone. Si une réponse ne peut être apportée immédiatement nous effectuons les recherches nécessaires et rappelons dans les meilleurs délais. Ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66-1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques. Selon les cas, nous vous orienterons vers les catégories d'organismes ou de professionnels susceptibles de vous répondre. Nous ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation ni de l'utilisation faite des informations communiquées.

→ IV - EXCLUSIONS GENERALES APPLICABLES AUX PRESTATIONS DU CHAPITRE 2

Sont exclus :

- Les frais engagés sans notre accord préalable ou dont la prise en charge n'est pas prévue par la présente convention d'assistance,
- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité des contrats,
- Les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions motorisées (ou leurs essais) lorsque vous y participez en qualité de concurrent
- Les maladies ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
- Les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement,
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
- L'organisation et la prise en charge du Transport/Rapatriement pour des affections ou lésions bénignes qui

- peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,
- Les conséquences de l'usage de drogue, stupéfiants ou produits assimilés non ordonnés médicalement de l'usage abusif d'alcool,
 - Les conséquences d'actes intentionnels de votre part ou les Conséquences d'actes dolosifs, tentatives de suicide ou suicide
 - Les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 28^{ème} semaine, les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse,
 - Les situations liées à des faits de grève,
 - Les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
 - Les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie ou à un accident survenu hors de France,
 - Les frais d'optique (lunettes ou verres de contact par exemple),
 - Les frais liés aux appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires notamment),
 - Les frais d'annulation de séjour,
 - Les frais de cure thermique,
 - Les frais liés à des interventions à caractère esthétique,
 - Les frais de séjour en maison de repos,
 - Les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
 - Les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination,
 - Les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
 - Les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
 - Les frais médicaux engagés en France,
 - Les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer ou dans le désert,
 - Les frais de secours ,
 - Les frais de restaurant,
 - Les frais de douane,
 - Les dommages survenus aux bénéficiaires se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire.

CHAPITRE 3 : CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations résultant des cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, émeutes, mouvements populaires, représailles, actes de terrorisme, restriction à la libre circulation des personnes ou des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

Dispositions Générales

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par CHUBB sont mises en oeuvre par MONDIAL Assistance France SAS - Siège social : 54 rue de Londres 75008 Paris. CHUBB 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. CHUBB 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, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle. Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en oeuvre pour venir en aide au bénéficiaire. Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir à CHUBB ASSISTANCE, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tous actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention. CHUBB ASSISTANCE ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non respect par le bénéficiaire des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au bénéficiaire le remboursement des frais exposés L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si CHUBB ASSISTANCE a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès. Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que CHUBB ASSISTANCE aurait engagés pour organiser le service

Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Les informations fournies par CHUBB ASSISTANCE sont des renseignements à caractère documentaire. CHUBB ASSISTANCE s'interdit

toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours. La responsabilité de CHUBB ASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui auront été communiqués. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. CHUBB ASSISTANCE s'engage alors à répondre dans un délai de 2 (deux) jours ouvrés.

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

Les prestations énoncées dans la présente convention ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. CHUBB ASSISTANCE se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en oeuvre des prestations, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation,...). Ce justificatif sera adressé au médecin CHUBB ASSISTANCE qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi le dit justificatif. L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées ci-avant ne peut donner lieu au remboursement que si CHUBB ASSISTANCE a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès. Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs, dans la limite de ceux que CHUBB ASSISTANCE aurait engagés pour organiser le service. Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance au domicile peut nécessiter un délai d'une demi journée ouvrée. La prestation « Garde au domicile de l'enfant convalescent de moins de 15 ans » n'est pas ouverte :

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

La prestation « Aide pédagogique » n'étant pas conçue pour services les convenances personnelles, toute fausse déclaration, falsification ou tentative de fraude entraîne la perte du bénéfice de la prestation et le remboursement immédiat des sommes éventuellement engagées par CHUBB ASSISTANCE pour sa réalisation. La communication d'informations, éventuellement à caractère juridique ne peut en aucun cas être assimilée à une consultation juridique, et la responsabilité de CHUBB ASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire du ou des renseignements communiqué(s).

Mise en oeuvre des garanties

Le service est accessible par téléphone 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 à l'exception des prestations d'informations accessibles du lundi au samedi de 9H à 19 H. Toute demande de mise en oeuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par le bénéficiaire ou ses proches auprès de CHUBB ASSISTANCE par l'un des moyens ci-après :

Prestations relevant du chapitre 1 - Assistance à Domicile et Vie Quotidienne, en indiquant :

- n° du contrat souscrit FR92041,
- Téléphone : 01 40 25 16 45
- Télécopie : 01 40 25 52 62

Prestations relevant du chapitre 2 - Voyages, en indiquant :

- n° de la convention 620328,
- Téléphone : 01 40 25 57 25
- Télécopie : 01 40 25 52 62

accessibles 24h/24, 7 jours/7, sauf mentions contraires,

et en indiquant également dans les 2 cas :

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