

Assurance Santé

Dispositions Générales

Préambule

Note d'informations pré-contractuelle concernant la vente à distance de votre contrat d'assurance santé

L'adhésion/souscription au contrat peut s'effectuer soit en face à face avec un Conseiller, soit à distance par l'utilisation d'une ou plusieurs techniques de communication à distance (téléphone, internet, courrier).

En cas d'adhésion/souscription à distance, l'ordonnance du 6 Juin 2005 et les articles L112-2-1 et R112-4 du Code des assurances vous sont applicables. Les informations ci-dessous concernent l'adhérent/assuré, personne physique domiciliée fiscalement en France, qui adhère/souscrit au contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, par voie de vente à distance.

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un adhérent/assuré, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion de l'adhésion/souscription.

Il est précisé que les règles applicables en matière de vente à distance ne s'appliquent que lors de l'adhésion/souscription au contrat et pour les adhésions/souscriptions se prorogeant tacitement chaque année.

Conformément à ces dispositions et aux informations qui vous ont été communiquées, il vous est précisé que :

- Cette offre porte sur un contrat d'assurance Santé d'une durée de 1 an à compter de la date figurant sur vos Dispositions particulières ou sur votre Certificat d'adhésion. Il sera ensuite reconduit tacitement chaque année à la date d'échéance annuelle fixée. Le contrat est conclu entre vous et la Compagnie dès lors que vous l'aurez signé (électroniquement ou manuellement). Il peut être résilié par vous ou par la Compagnie selon les modalités et conditions prévues au contrat.
- Le contrat, établi en langue française et régi par le Code des assurances, est souscrit auprès de CALYPSO - Société anonyme au capital de 102.442.554 € - 403 205 065 RCS Nanterre – (entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé : 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex), entreprise placée sous l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09. L'ensemble des documents qui seront échangés en cours d'exécution du contrat sera exprimé en langue française.
- La date de commencement d'exécution du contrat figure sur vos Dispositions particulières ou sur votre Certificat d'adhésion et correspond à la date de prise d'effet de vos garanties (sous réserve du paiement de votre cotisation).
- Les garanties, limitations et exclusions ainsi que les modalités d'examen des réclamations éventuelles sont mentionnées dans le présent document concernant l'offre proposée. S'agissant des limitations, nous vous invitons à vous reporter au document « Limitations de garanties à la souscription et abrogations ».
- Le montant de votre cotisation ainsi que les modalités de paiement de celle-ci figurent sur vos Dispositions particulières ou votre Certificat d'adhésion. En cas de prélèvement automatique, vous vous engagez à adresser à votre établissement bancaire dès la conclusion du contrat, un mandat SEPA régularisé et signé par vos soins. Ce document vous sera communiqué soit par e-mail soit par courrier.
- Vous disposez d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus qui commencent à courir soit à compter du jour de la conclusion à distance du contrat, soit à compter du jour de la réception de vos Dispositions particulières ou de votre Certificat d'adhésion si cette dernière date était postérieure à la date de conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.
Cependant, ce droit de renonciation ne s'applique pas, notamment aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'adhérent/du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.
- Les contrats pour lesquels s'applique le droit de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans l'accord de l'adhérent/ du souscripteur. Dans le cas où vous avez demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, et que vous usez de votre droit à renonciation, vous devrez vous acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert.
- Pour faciliter l'exercice de votre droit de renonciation, vous trouverez ci-après un modèle de lettre type. Cette lettre doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse du **Centre de Service Client Santé** indiquée sur vos Dispositions particulières ou sur votre Certificat d'adhésion.
Modèle de lettre type de renonciation :
« Je soussigné M ..., demeurant au ..., renonce à mon contrat N° ... souscrit auprès de CALYPSO conformément à l'article L112-2-1 du Code des assurances. »
- Les frais afférents aux techniques de communication à distance sont à votre charge. Ainsi, vous supportez les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques et le coût des connexions Internet qui ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Le contrat d'assurance santé que vous avez souscrit auprès de notre Société est formé par :

- les présentes **Dispositions Générales** qui vous précisent le fonctionnement de votre contrat et le contenu de vos garanties Soins, Hospitalière et Assistance,
- vos **Dispositions Particulières**, qui précisent les garanties et options que vous avez choisies, adaptent les Dispositions Générales à votre propre situation et fixent les règles particulières définies entre vous et nous, et qui prévalent sur les Dispositions Générales,
- le Barème de prestations, qui détaille le niveau de remboursement de votre garantie Soins.

Information/Contact

Pour toute information ou modification de votre contrat, vous pouvez nous contacter comme indiqué sur vos Dispositions Particulières. Nos Conseillers sont en mesure d'étudier toutes vos demandes sur le fond. Si au terme de cet examen, les réponses données ne satisfaisaient pas votre attente, vous pouvez adresser votre réclamation à AllSecur - Relations Consommateurs - TSA 90001 - 92087 La Défense Cedex.

Si, enfin, votre désaccord persistait après la réponse donnée par notre Société, vous pourrez demander l'avis du médiateur dont nous vous fournirons, sur simple demande, les coordonnées.

Mentions légales

CALYPSO (nom commercial AllSecur) - Société anonyme au capital de 102.442.554 € - 403 205 065 RCS Nanterre – Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Autorité de contrôle

L'instance chargée de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assurance est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Informatique et Libertés

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la présente demande. Elles pourront, sauf opposition de votre part, aussi être utilisées par les différentes sociétés et partenaires du groupe Allianz en France et leurs réseaux, dans un but de prospection pour les produits qu'ils distribuent (assurances, produits bancaires et financiers, services). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant, soit en adressant un mail à l'adresse votreserviceclientssante@allsecur.fr soit en adressant un courrier auprès de : AllSecur - Informatique et Libertés - TSA 90001 - 92087 La Défense Cedex.

Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. Toutefois, le démarchage téléphonique pour vous proposer de nouvelles offres reste autorisé à tous les professionnels avec lesquels vous avez au moins un contrat en cours. Ces dispositions sont applicables à tout consommateur c'est à dire à toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale.

Préambule	1
Lexique	4
Garantie soins	7
Quel est l'objet de la garantie ?	7
À qui s'adressent les garanties ?	7
Quelles sont les dépenses de soins remboursées ?	7
À partir de quel moment et sous quelles conditions êtes-vous remboursé ?	7
Quelles sont les dépenses de soins limitées ou exclues pendant toute la durée de vie du contrat ?	8
Garantie hospitalière	9
Quel est l'objet de la garantie hospitalière ?	9
Quelles sont les hospitalisations qui donnent droit au versement de l'allocation ?	9
À partir de quel moment recevez-vous l'allocation forfaitaire ?	9
En fonction de quels éléments votre allocation est-elle calculée puis versée ?	9
Le versement de l'allocation forfaitaire est-il limité dans le temps ?	9
Le versement de l'allocation forfaitaire en cas d'hospitalisation de votre enfant	9
Assistance	11
Assistance incluse	11
En cas de maladie ou accident	11
Prestations spéciales pour enfant hospitalisé ou immobilisé au domicile	13
Prestations 100 % santé	14
L'option assistance renforcée	14
Informations, prévention et maîtrise des coûts de santé	14
En cas de maladie ou accident	14
Pendant l'hospitalisation	15
Pendant l'immobilisation au domicile	15
Prestations spéciales pour enfant hospitalisé ou immobilisé au domicile	17
Prestation 100 % santé	17
En cas de traumatisme psychologique	18
Conditions applicables	18
La vie du contrat	21
La conclusion, prise d'effet et durée du contrat	21
Les déclarations du souscripteur	21
La cotisation	21
La modification et la résiliation de votre contrat	23
Le règlement des prestations	25
Pour la garantie soins	25
Pour la garantie hospitalière	26
La prescription	27
La subrogation	28

Lexique

Accident

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

Agression

Atteinte corporelle provoquée par un tiers commise dans le cadre d'un crime ou d'un délit ayant entraîné une hospitalisation d'au moins 2 nuits consécutives. Ne sont pas considérés comme des tiers les membres d'une même famille. Sera seul pris en compte l'événement qui aura fait l'objet de la part de l'assuré ou de son représentant d'un dépôt de plainte non suivi d'un retrait, au plus tard dans les 8 jours qui suivent l'événement, sauf cas de force majeure, auprès d'une autorité de justice.

Année d'assurance

Période comprise entre 2 échéances principales.

Base de remboursement de la Sécurité sociale

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. La base de remboursement comprend :

- le Tarif de Convention (TC) qui résulte des conventions entre les syndicats professionnels et la Sécurité sociale.
- le Tarif d'Autorité (TA) applicable aux professionnels de santé non conventionnés.

Assuré

Toute personne désignée nominativement au contrat et bénéficiant de ou des garanties.

Contrat d'accès aux soins

Le médecin s'est engagé à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés dans le cadre de son adhésion au contrat d'accès aux soins. L'Assurance Maladie rembourse sur la base des tarifs applicables au médecin de secteur 1. La prise en charge des dépassements d'honoraires définis dans votre tableau de garanties et applicable aux médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'accès aux soins (CAS) s'applique dans les mêmes conditions aux médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-Co ou à tout autre dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Contrat responsable

Les garanties Frais de Santé répondent au dispositif du contrat responsable prévu par les articles L 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale afin que le contrat puisse bénéficier des avantages fiscaux et sociaux. Ainsi,

- il respecte les seuils et limites de prise en charge fixés par les textes précités ;
- il ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires autorisés et la majoration de participation du patient en cas de non-respect du parcours de soins ;
- il ne prend pas en charge la participation forfaitaire et les franchises respectivement prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret ;
- il permet à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant selon les modalités précisées sur son attestation.

Cotisation

Somme due par le souscripteur à l'assureur dont le paiement ouvre droit au bénéfice des garanties et éventuellement de services proposés.

Date d'effet

Date qui matérialise l'entrée en vigueur de vos garanties.

Délai d'attente

Période qui suit l'adhésion ou la souscription et pendant laquelle vous cotisez auprès d'AllSecur sans pouvoir bénéficier des prestations pour tout ou partie des risques.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

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

Échéance

Date à laquelle vous devez payer votre cotisation annuelle ou une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Échéance principale

Date de renouvellement de votre contrat, à partir de laquelle votre cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Exclusions de garanties

Situation, risque ou maladie pour lesquels les dépenses de soins ne sont pas couvertes par le contrat.

Forfait journalier hospitalier

Somme journalière restant à votre charge pour toute hospitalisation d'une durée supérieure à 24h. Il est toutefois pris en charge par votre complémentaire santé sans aucune limitation de durée d'hospitalisation dans le cadre de votre contrat Responsable. Son montant est fixé par arrêté. Cette somme sert à payer les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par l'hospitalisation. Certains patients en sont dispensés selon l'article L 174-4 du Code de la Sécurité sociale : par exemple, les personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, les femmes au cours des derniers mois de leur grossesse et après l'accouchement.

Frais d'hospitalisation

Frais comprenant les frais de séjour, les frais de salle d'opération, les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, les frais d'analyses et d'exams de laboratoire relatifs aux soins dispensés à l'occasion d'un séjour dans l'établissement hospitalier de 24h minimum dans un établissement relevant de la loi hospitalière et comportant au moins une nuit.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elles ne peuvent pas être prises en charge par votre contrat d'assurance responsable.

Hospitalisation

Tout séjour de 24h minimum dans un établissement relevant de la loi hospitalière et comportant au moins une nuit.

Maladie

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

Sont assimilés à une maladie les grossesses pathologiques, les pathologies vertébrales et notamment les douleurs vertébrales et paravertébrales qu'elles soient d'origine osseuse, musculaire, nerveuse, tendineuse ou ligamentaire, les ruptures musculaires autres que tendineuses, les lumbagos d'efforts, les tours de reins, quelle qu'en soit l'origine, ainsi que toute pathologie post-traumatique...

Maladie infectieuse

Il s'agit des maladies provoquées par l'action d'un germe pathogène (ou virus).

Sont considérées comme maladies infectieuses les maladies saisonnières et aiguës (méningite cérébro-spinale, méningite virale, grippe, zona) et les maladies infantiles (varicelle, coqueluche, variole, oreillons, rougeole, rubéole, scarlatine).

Toutes les autres maladies ne sont pas considérées comme infectieuses, notamment : HIV, hépatite A, B ou C, pneumopathie, surinfections sur pathologies chroniques (bronchopathie chronique, diabète).

Nous

- CALYPSO (non commercial AllSecur) pour les Garanties Soins et Hospitalière
- Mondial Assistance France pour l'Assistance.

Nouveau-né

Est considéré comme nouveau-né pour la garantie hospitalière, un enfant de moins d'un mois.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent suivre pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé au mieux. Il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie de plus de 16 ans, et est organisé autour du médecin traitant.

Sont considérés comme étant dans le parcours de soins coordonnés les personnes qui :

- ont déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire ;
- consultent leur médecin traitant ou son remplaçant en première intention ;
- consultent un autre médecin, désigné « médecin correspondant », sur orientation de leur médecin traitant ;
- consultent directement un gynécologue, ophtalmologue, psychiatre et stomatologue pour certains actes.

Dans certaines situations telles que l'éloignement géographique et l'urgence, une personne est toujours considérée comme étant dans le parcours de soins même si elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

En dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et dans la plupart des cas, les contrats souscrits auprès des organismes complémentaires d'assurance maladie ne prennent pas en charge la différence (voir contrat « responsable »).

Souscription à distance

Fourniture d'opération d'assurance auprès d'un adhérent/assuré, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, par l'utilisation d'une ou plusieurs techniques de communication à distance (courrier, téléphone, internet). Dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance, ce(s) dernier(s) utilise(nt) exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion de la souscription.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant déduction de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise médicale). Ce Ticket Modérateur est obligatoirement pris en charge dans le cadre des contrats dits « responsables » (voir contrat responsable). Le ticket modérateur peut être majoré si vous consultez un professionnel de santé en dehors du parcours de soins coordonnés.

Tiers payant

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais de santé auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés selon les modalités définies sur l'attestation de tiers payant.

Vous

L'assuré.

Nota : Des définitions spécifiques figurent dans le chapitre Assistance.

Garantie soins

La « Garantie soins » est une gamme modulaire composée de 4 socles obligatoires « Hospitalisation », « Soins courants », « Optique » et « Dentaire » déclinés en 5 niveaux de remboursement. Le niveau de remboursement choisi par l'assuré figure dans la proposition d'assurance Santé valant dispositions particulières.

■ Quel est l'objet de la garantie ?

Vous êtes remboursé d'une partie ou de la totalité de vos dépenses de soins en complément des remboursements effectués par votre régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité. Les garanties proposées répondent au dispositif du contrat responsable prévu par les articles L 871.1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et son décret d'application.

■ À qui s'adressent les garanties ?

La garantie est ouverte à la souscription à toute personne résidant en France métropolitaine, affiliée au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local d'Alsace Moselle en tant que salarié ainsi qu'à ses ayants droit au titre du même régime.

■ Quelles sont les dépenses de soins remboursées ?

La nature des soins

Ce sont les dépenses de santé ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un régime obligatoire français, sauf dispositions contraires figurant à votre barème des prestations joint aux Dispositions Particulières. Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins reçus postérieurement à la date d'effet du contrat, quelle que soit la date d'apparition de la maladie.

Le lieu des soins

Ce sont les dépenses occasionnées par des soins reçus en France métropolitaine. Hors du territoire métropolitain, il faut que votre régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité continue à vous prendre en charge pendant votre séjour.

Les bases de remboursement

- **Les soins remboursés par votre régime obligatoire :** Les prestations sont calculées en fonction de la valeur de la base de remboursement de la Sécurité sociale ou de toute autre participation fixée par la réglementation française du régime obligatoire en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement de votre régime obligatoire. Les prestations, y compris les forfaits, sont versées dans la limite des frais réellement engagés et sont toujours payées en France et en euros.
- **Les soins non remboursés par votre régime obligatoire :** Lorsque votre garantie le prévoit, leur remboursement s'effectue au premier euro dans la limite du plafond annuel par assuré, à concurrence des frais réellement engagés.

■ À partir de quel moment et sous quelles conditions êtes-vous remboursé ?

- **Les limitations de garanties à la souscription et en cas de modification de garantie :**

Postes Optique et Dentaire : pendant les 6 premiers mois pour l'optique et 12 mois pour le dentaire, à compter de la date d'effet de votre garantie, les niveaux de prestations 4 et 5 sont limités comme suit :

Optique	
Montures et verres correcteurs acceptés par la Sécurité sociale, lentilles.	150 €
Remboursement maximum par année d'assurance	200 €
	Si le niveau de vision le justifie
Dentaire	
Soins dentaires (y compris inlay-onlays)	200 % BR*
Prothèse dentaire acceptée par la Sécurité sociale (y compris inlay-onlays)	200 % BR*
Orthodontie accepté par la Sécurité sociale	200 €

* BR : base de remboursement de la Sécurité sociale.

- **Les montants exprimés en euros et plafonds de garanties**

Les montants exprimés en euros dans le barème de prestations sont calculés par personne assurée et année d'assurance laquelle correspond à la période comprise entre les 2 échéances principales. Le forfait optique prend en charge un équipement (verres + monture) avec un intervalle de deux ans entre chaque consommation et un plafond de remboursement pour la monture à 150 € (sauf pour les mineurs et en cas de changement de défaut de vision pour les majeurs). Pendant la période de 2 ans, si le forfait a déjà été consommé, la garantie se limitera au ticket modérateur.

Si en cours d'année :

- une modification du niveau de garantie est demandée, les montants exprimés en euros et les plafonds annuels de garantie sont recalculés en proportion du plafond de la période courue et du plafond de la période restant à courir jusqu'à la prochaine échéance principale, déduction faite des prestations payées sur l'année d'assurance en cours ;
- une personne supplémentaire est assurée sur le contrat, les montants exprimés en euros et les plafonds de garantie dont bénéficie ce nouvel assuré sont calculés en proportion de la période restant à courir jusqu'à la prochaine échéance principale du contrat ;
- une résiliation intervient hors échéance principale, les montants exprimés en euros et les plafonds de garantie sont recalculés au prorata temporis de la période garantie correspondant à la cotisation réellement payée.

■ **Quelles sont les dépenses de soins limitées ou exclues pendant toute la durée de vie du contrat ?**

- **Les limitations**

- Les séjours effectués dans des établissements, maisons, centres ou unités de soins de suite et de réadaptation sont pris en charge à condition qu'ils fassent suite à un séjour dans un établissement hospitalier. Au-delà de 90 jours par année d'assurance et par assuré, ou si le séjour ne fait pas suite à un séjour dans un établissement hospitalier, la prise en charge est limitée au forfait journalier et à un niveau de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, sans prise en charge de la chambre particulière,
- En cas de séjours effectués dans des établissements faisant partie des catégories dénommées au Fichier National des Établissements Sanitaires : centres hospitaliers spécialisés dans la lutte des maladies mentales, centre de postcure pour malades mentaux, maisons de santé pour maladies mentales, centres de crise ou d'accueil permanent, et ne participant pas au service public hospitalier, la prise en charge est limitée à un niveau de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, sans prise en charge de la chambre particulière,
- En cas de séjours effectués dans des établissements faisant partie des catégories dénommées au Fichier National des Établissements Sanitaires : centres hospitaliers spécialisés dans la lutte des maladies mentales, centre de postcure pour malades mentaux, maisons de santé pour maladies mentales, centres de crise ou d'accueil permanent, et participant au service public hospitalier, la prise en charge est limitée à 90 jours calculée par année d'assurance. Au-delà de 90 jours par année d'assurance et par assuré, ou si le séjour ne fait pas suite à un séjour dans un établissement hospitalier, la prise en charge est limitée au forfait journalier et à un niveau de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, sans prise en charge de la chambre particulière.

Exclusions

Sont exclues des garanties les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :

- **dans les unités/centres de long séjour (article L 174-6 du Code de la Sécurité sociale)**
- **dans les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale (article L 312-1 I 6 du Code de l'action sociale et des familles).**

Garantie hospitalière

■ Quel est l'objet de la garantie hospitalière ?

En cas de souscription de cette garantie optionnelle (elle apparaîtra alors cochée sur la proposition d'assurance Santé valant dispositions particulières), vous recevez, si vous êtes hospitalisé, une allocation forfaitaire par journée d'hospitalisation.

■ Quelles sont les hospitalisations qui donnent droit au versement de l'allocation ?

Seuls les séjours dans un établissement hospitalier ou les hospitalisations à domicile donnent droit au versement de l'allocation, à condition qu'ils comprennent chacun au moins deux nuits.

■ À partir de quel moment recevez-vous l'allocation forfaitaire ?

Les hospitalisations donnent droit au versement de l'allocation forfaitaire à condition qu'elles débutent après d'expiration d'un délai d'attente. Ce délai court à partir de la date d'effet de votre Garantie Hospitalière.

Sa durée est de 6 mois en cas d'hospitalisation pour une maladie ou maternité et de 12 mois pour une hospitalisation psychiatrique ou neuropsychiatrique. Suite à un accident ou une maladie infectieuse survenus après la date d'effet de votre Garantie Hospitalière, le versement s'effectue sans délai d'attente.

■ En fonction de quels éléments votre allocation est-elle calculée puis versée ?

Le montant par jour d'hospitalisation : Le montant initial de l'allocation forfaitaire est celui souscrit. Les cotisations et les prestations des garanties augmentent tous les ans de 2 %. Toutefois, nous pourrions éventuellement augmenter ce taux en fonction de l'évolution du point de retraite A.G.I.R.C.

■ Le versement de l'allocation forfaitaire est-il limité dans le temps ?

Vous recevez l'allocation jusqu'à la fin de votre hospitalisation. Le versement de l'allocation cesse néanmoins avant cette date dans les cas suivants :

- **La durée maximale de versement** : le nombre de journées d'hospitalisation indemnisées est limité à :
 - 730 jours par hospitalisation, dans le cas général,
 - 100 jours par année d'assurance pour les hospitalisations dans un service psychiatrique ou neuropsychiatrique d'un hôpital public ou participant au service public hospitalier,
 - 90 jours en cas d'hospitalisation en moyen séjour.
- **L'âge limite d'indemnisation** : l'allocation ne vous est plus versée à compter de la date anniversaire de vos soixante quinze ans.

■ Le versement de l'allocation forfaitaire en cas d'hospitalisation de votre enfant

L'hospitalisation de votre enfant nouveau-né ou votre présence au chevet d'un de vos enfants vous donne droit au versement de l'allocation forfaitaire dans les conditions suivantes :

	Hospitalisation de votre enfant nouveau-né	Présence du parent au chevet de l'enfant hospitalisé
Les conditions à remplir pour recevoir l'allocation forfaitaire	<ul style="list-style-type: none"> • la mère a souscrit la Garantie Hospitalière, • l'enfant nouveau-né est gardé seul en milieu hospitalier après le départ de la mère. 	<ul style="list-style-type: none"> • le parent et l'enfant sont couverts par la Garantie Hospitalière, • l'enfant a moins de treize ans, • le parent reste au chevet de l'enfant au moins 2 nuits.
Le montant de l'allocation forfaitaire	Le montant souscrit par la mère.	Le montant souscrit par le parent s'ajoute à celui souscrit pour l'enfant.
La durée de l'indemnisation	L'allocation forfaitaire est versée aussi longtemps que le nouveau-né est gardé seul en milieu hospitalier.	L'allocation forfaitaire est versée aussi longtemps que le parent reste au chevet de l'enfant.

Exclusions

Ne donnent pas droit au versement de l'allocation forfaitaire :

- les hospitalisations dont la durée est inférieure à deux nuits et donc, notamment, les hospitalisations de jour,
- les séjours effectués :
 - dans des établissements ne relevant pas de la loi hospitalière tels qu'identifiés au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (fitness) ,
 - dans les établissements relevant de la loi hospitalière et faisant partie des catégories d'établissements dénommés au fichier national des établissements sanitaires : établissements de soins de longue durée, centre médico-pédagogique, maison d'enfants à caractère sanitaire permanents ou temporaires, atelier thérapeutique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel,
 - service médico-psychologique régional, centre postcures pour alcooliques,
 - pour des cures à l'exception des cures thermales,
 - en maison de repos sauf s'ils sont consécutifs à un événement garanti,
- les événements résultant :
 - de traitements ou interventions chirurgicales, à but esthétique,
 - d'un fait intentionnel de l'assuré, d'un phénomène atomique,
 - d'un accident de sport aérien (à l'exception du parachutisme) : ULM, deltaplane, parapente, vol à voile, démonstrations aériennes, acrobaties, raids, tentatives de record, vols sur prototype, vols d'essais, saut à l'élastique,
 - d'un accident de sport à titre professionnel, de la participation à une compétition (ou à ses essais) comportant l'utilisation d'un véhicule à moteur,
 - d'une guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'un mouvement populaire, d'une rixe auxquels l'assuré prend une part active, d'un cataclysme naturel,
 - d'un accident alors que vous étiez sous l'empire d'un état alcoolique caractérisé par la présence d'un taux d'alcool supérieur au taux légal.

Assistance

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par CALYPSO auprès de Fragonard Assurances (S.A. au capital de 37 207 660 euros - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris) sont mises en oeuvre par Mondial Assistance France (société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Paris - Siège social : 54, rue de Londres 75008 Paris - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669) Mondial Assistance France ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Quelles sont les définitions applicables ?

Bénéficiaire :

Personne physique ayant souscrit un contrat AllSecur Santé pour son propre compte ou pour le compte de laquelle le contrat AllSecur Santé a été souscrit par un tiers, son conjoint ou concubin (y compris la personne ayant conclu un Pacs avec l'assuré), non séparés ses enfants fiscalement à charge.

Ascendant à charge :

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

Domicile :

Lieu de résidence principale en France métropolitaine ou Principautés d'Andorre et Monaco.

Maladie :

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

Accident corporel :

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

Il est précisé que la survenance brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ruptures d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale...) ne peut être assimilée à un accident.

Hospitalisation :

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public ou toute hospitalisation à domicile, consécutifs à un accident ou une maladie, prescrite en urgence par un médecin, à l'exclusion des hospitalisations de jour et des hospitalisations planifiées. Mondial Assistance France se réserve le droit de demander un bulletin confirmant l'hospitalisation avant de mettre en oeuvre les prestations d'assistance.

Immobilisation :

Toute incapacité physique à se déplacer survenant inopinément et consécutive à un accident ou à une maladie, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin.

Mondial Assistance France se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au domicile avant de mettre en oeuvre les prestations d'assistance.

Transport :

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

Territorialité :

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

Durée de validité :

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat AllSecur Santé et de l'accord liant CALYPSO et Mondial Assistance France pour la délivrance de ces prestations.

Assistance incluse

■ En cas de maladie ou accident

En cas de maladie ou d'accident au domicile, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, Mondial Assistance France peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics.

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

Admission à l'hôpital

Si le bénéficiaire le souhaite, et sur prescription médicale uniquement, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- **La recherche et la réservation d'une place en milieu hospitalier** public ou privé, dans la limite des disponibilités dans les établissements hospitaliers situés dans un rayon de 100 km autour du domicile du bénéficiaire.
- **Le transport du bénéficiaire à l'hôpital et le retour au domicile** par ambulance, de son domicile vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital de son choix situé dans un rayon de 50 km maximum autour de son domicile. La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié. En conséquence, le bénéficiaire s'engage à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes et à verser à Mondial Assistance France toutes sommes perçues par lui à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par Mondial Assistance France.
- **L'information à la famille** ou aux personnes préalablement désignées par le bénéficiaire du lieu d'hospitalisation où elles pourront prendre de ses nouvelles.

Pendant ou à la suite immédiate de l'hospitalisation

Pendant l'hospitalisation du bénéficiaire attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, si l'hospitalisation doit durer plus de 5 jours et si aucun proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- **La présence d'un proche au 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 de moins de 15 ans** : dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert des enfants ou petits enfants chez un proche » et « Présence d'un proche au domicile ».

- **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 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 jusqu'à chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de Mondial Assistance France.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Présence d'un proche au domicile » et « Garde au domicile des enfants ou petits enfants ».

- **L'Aide ménagère à domicile** : dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 12 heures pouvant être réparties sur 3 semaines.

Le nombre d'heures et la période de mise à disposition de l'aide ménagère indiqués ci-dessus ne sont pas forfaitaires : le nombre d'heures effectivement allouées et leur répartition sur la période de mise à disposition sont déterminés par le chargé d'assistance en tenant compte de l'état de santé du bénéficiaire. 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 ».**

- **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 nécessaires au bénéficiaire.
Mondial Assistance France fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par Mondial Assistance France et est accessible 24h/24, 7jours/7.
- **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'une infirmière** : sur prescription médicale, le plus près possible de l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone. Dans ce cas, Mondial Assistance France n'est pas responsable si aucune infirmière n'est disponible. De même, la non disponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de Mondial Assistance France. Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.
- **La téléassistance ponctuelle** : mise à disposition au domicile d'un dispositif de téléassistance 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, Mondial Assistance France pourra, à sa demande, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

■ 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 5 jours et si aucun proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- **La garde au domicile de l'enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent** : dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'immobilisation. Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est assurée par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.
Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile.
- **Une aide pédagogique dans les matières scolaires principales** : lorsque l'immobilisation 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 de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs.

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile ne répondant pas aux conditions énoncées dans le présent document, Mondial Assistance France proposera au bénéficiaire :

- une mise en relation avec un réseau de prestataires agréés Mondial Assistance, visant à l'accompagner dans la recherche d'une solution appropriée à sa situation. Si le bénéficiaire choisit d'établir un contrat avec le prestataire avec lequel il a été mis en relation, le coût de la prestation est à sa charge.
- une mise en relation avec une assistante sociale, si le bénéficiaire est dans une situation financière difficile, afin de l'informer et le conseiller sur les aides disponibles.

■ Prestations 100 % santé

- **Services à la personne** : Il s'agit d'une offre de mise en relation avec un réseau de prestataires agréés, visant à accompagner le bénéficiaire dans la recherche de solutions de vie quotidienne.
L'objectif de ce service est :
 - de délivrer de l'information sur les services à la personne,
 - de mettre en relation le demandeur avec un prestataire référencé par Mondial Assistance France.Les prestataires de services délivrant des prestations de services à la personne (entrant dans le cadre des activités définies comme telles par le plan Borloo) sont « agréés » afin que le bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux. Les prestations délivrées sont à la charge du bénéficiaire.

L'option assistance renforcée

En cas de souscription de cette garantie optionnelle, elle apparaîtra alors cochée sur la proposition d'assurance Santé valant Dispositions Particulières.

■ Informations, prévention et maîtrise des coûts de santé

Informations

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

- **Informations d'ordre général sur la santé** :
 - les urgences (n° SAMU, pompier, centre anti-poison...)
 - les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités
 - les problèmes d'alcool, de tabagisme
 - les problèmes de poids
 - le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...)
 - la grossesse et l'accouchement : les médicaments interdits/à éviter, les examens à effectuer (obligatoires/facultatifs)
 - les maladies infantiles
 - les vaccinations à effectuer : caractère obligatoire/conseillés, risques liés à la vaccination
 - les maladies du 3^e/4^e 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 (où se renseigner ? associations ?)
 - l'évolution de la maladie
 - risque de transmission aux enfants (génétiquement), risque de contagion pour l'entourage

■ En cas de maladie ou accident

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

Admission à l'hôpital

Si le bénéficiaire le souhaite, et sur prescription médicale uniquement, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- **La recherche et la réservation d'une place en milieu hospitalier** public ou privé, dans la limite des disponibilités dans les établissements hospitaliers situés dans un rayon de 100 km autour du domicile du bénéficiaire.
- **Le transport du bénéficiaire à l'hôpital et le retour au domicile** par ambulance, de son domicile vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital de son choix situé dans un rayon de 50 km maximum autour de son domicile. La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié. En conséquence, le bénéficiaire s'engage à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes et à verser à Mondial Assistance France toutes sommes perçues par lui à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par Mondial Assistance France.
- **L'information à la famille** ou aux personnes préalablement désignées par le bénéficiaire du lieu d'hospitalisation où elles pourront prendre de ses nouvelles.

■ Pendant l'hospitalisation

Pendant l'hospitalisation du bénéficiaire attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, si l'hospitalisation doit durer plus de 3 (trois) jours et si aucun proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- **La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire** : voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient à son chevet.

- **Le séjour à l'hôtel de la personne** : désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 45 € TTC par nuit, avec un maximum 90 € TTC.

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

- **La garde au domicile des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans** : dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

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

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

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

- **Le transfert des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche** : voyage aller et retour jusqu'à chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de Mondial Assistance France.

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

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

- **L'Aide ménagère à domicile** : dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 15 heures pouvant être réparties sur 3 semaines. Le nombre d'heures et la période de mise à disposition de l'aide ménagère indiqués ci-dessus ne sont pas forfaitaires : le nombre d'heures effectivement allouées et leur répartition sur la période de mise à disposition sont déterminés par le chargé d'assistance en tenant compte de l'état de santé du bénéficiaire.

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 ».

- **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.**

■ Pendant l'immobilisation 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 5 (cinq) jours et si aucun proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- **La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire** : voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient à son chevet.

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

- **Le séjour à l'hôtel de la personne** : désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 45 € TTC par nuit, avec un maximum 90 € TTC.
 Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».
- **La garde au domicile des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans** : dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.
 La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante.
 Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.
 A l'issue de cette prestation et si l'immobilisation doit se prolonger, Mondial Assistance France pourra organiser soit la Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire, soit le transfert des enfants chez un proche.
- **Le transfert des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche** : voyage aller et retour 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 Mondial Assistance France.
 Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».
- **L'Aide ménagère à domicile** : dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 15 heures pouvant être réparties sur 3 semaines.
 Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.
 La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas...) 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 nombre d'heures et la période de mise à disposition de l'aide ménagère indiqués ci-dessus ne sont pas forfaitaires : le nombre d'heures effectivement allouées et leur répartition sur la période de mise à disposition sont déterminés par le chargé d'assistance en tenant compte de l'état de santé du bénéficiaire.
- **Le portage de repas** : Si besoin et sur simple appel téléphonique du bénéficiaire ou de son entourage, Mondial Assistance France organise le portage de repas au domicile du bénéficiaire ou de l'aidant familial (hors Corse et DOM TOM), avec un délai de mise en place de 4 jours ouvrés maximum. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés. Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ». La prestation est limitée à une livraison.
 Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance France pourra proposer l'intervention d'une aide ménagère pour préparer les repas au domicile du bénéficiaire.
- **La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)** :
 - soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum par période d'hospitalisation,
 - soit chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile.**L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.**
 Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet » ci-dessus.
- **La livraison de médicaments en urgence** : recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire. Mondial Assistance France fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par Mondial Assistance France et est accessible 24h/24, 7 jours / 7.
- **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'une infirmière** : sur prescription médicale, le plus près possible de l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone.
 Dans ce cas, Mondial Assistance France n'est pas responsable si aucune infirmière n'est disponible. De même, la non disponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de Mondial Assistance France.
 Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

La téléassistance ponctuelle : mise à disposition au domicile d'un dispositif de téléassistance 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, Mondial Assistance France pourra, à sa demande, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

■ 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 3 (trois) jours et si aucun proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- **La garde au domicile de l'enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent** : dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'immobilisation. Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est assurée par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

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

- **La conduite de l'enfant à l'école** : s'il peut assister à ses cours mais qu'il a des difficultés à se déplacer et qu'aucun proche ne peut assurer son transport. Le transport est organisé par taxi et pris en charge à hauteur de 300 € TTC maximum par période d'immobilisation.
- **Une aide pédagogique dans les matières scolaires principales** : lorsque l'immobilisation 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 de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs.

■ Prestation 100 % santé

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile ne répondant pas aux conditions énoncées dans le présent document, Mondial Assistance France proposera au bénéficiaire :

- une mise en relation avec un réseau de prestataires agréés Mondial Assistance, visant à l'accompagner dans la recherche d'une solution appropriée à sa situation. Si le bénéficiaire choisit d'établir un contrat avec le prestataire avec lequel il a été mis en relation, le coût de la prestation est à sa charge.
- une mise en relation avec une assistante sociale, si le bénéficiaire est dans une situation financière difficile, afin de l'informer et le conseiller sur les aides disponibles.
- **Services à la personne** : Il s'agit d'une offre de mise en relation avec un réseau de prestataires agréés, visant à accompagner le bénéficiaire dans la recherche de solutions de vie quotidienne. L'objectif de ce service est :
 - de délivrer de l'information sur les services à la personne,
 - de mettre en relation le demandeur avec un prestataire référencé par Mondial Assistance France.

Les prestataires de services délivrant des prestations de services à la personne (entrant dans le cadre des activités définies comme telles par le plan Borloo) sont « agréés » afin que le bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux.

Les prestations délivrées sont à la charge du bénéficiaire.

- **Conseil social** : Le conseil social est un service d'écoute, d'information et d'orientation concernant des problématiques à caractère social.

Mondial Assistance France informe et conseille :

- sur les principales prestations sociales existantes,
- sur les conditions d'accès aux établissements spécialisés et leurs financements,

Mondial Assistance France oriente les bénéficiaires vers les principaux organismes susceptibles d'apporter une aide financière du service et de l'accompagnement (Sécurité sociale, caisse d'allocations familiales, conseils généraux, centres communaux d'action sociale, Pôle emploi, associations, caisse vieillesse) Si le bénéficiaire souhaite prolonger une prestation déjà mise en place dans le cadre de son contrat, Mondial Assistance proposera une mise en relation avec un réseau de prestataires agréés. Le coût de la prestation reste à la charge du bénéficiaire.

■ 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, Mondial Assistance France 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 Mondial Assistance France 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 Mondial Assistance France 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 Mondial Assistance France 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 Mondial Assistance France 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.

■ Conditions applicables

Mondial Assistance France ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle. Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en 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 Mondial Assistance France, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tous actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

Mondial Assistance France ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non respect par le bénéficiaire des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au bénéficiaire le remboursement des frais exposés. L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance France a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès.

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

Conditions applicables à la mise en place du dispositif téléassistance

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.

Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

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

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

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

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance France s'engage alors à répondre dans un délai de 2 (deux) jours ouvrés.

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

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

Mondial Assistance France se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en 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 Mondial Assistance France qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi le dit justificatif.

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

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

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

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

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

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

Exclusions

Sont exclus :

- Les demandes non justifiées.
- Les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile.
- Les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat.
- Les maladies psychologiques antérieurement avérées/constituées (ou) en cours de traitement.
- 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,
 - de l'exposition à des agents radioactifs 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 ou 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, matches, 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 Subaquatique) et si en cas d'accident, le bénéficiaire n'a pas été pris en charge par un centre de traitement hyperbare (mondial assistance france n'intervient qu'après cette première prise en charge pour organiser l'assistance médicale).
- Les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique) sauf si ces dépenses sont consécutives à un accident garanti.
- Les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées.
- Les hospitalisations prévisibles.
- Les états de grossesse, sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 36^e semaine d'aménorrhée.

La vie du contrat

■ La conclusion, prise d'effet et durée du contrat

Comment votre contrat est-il conclu ?

Vous souscrivez dans le cadre d'un contrat individuel en tant qu'affilié au régime général de la Sécurité sociale. Le contrat est conclu dès notre accord réciproque. Votre accord est formalisé par votre signature électronique si vous souscrivez sur le site www.allsecur.fr ou par votre signature manuscrite si vous avez choisi de souscrire par voie postale.

Quand prend-il effet ?

A partir de la date indiquée aux Dispositions Particulières, à zéro heure sous réserve du paiement effectif du premier règlement demandé. Les mêmes conditions s'appliquent à toute modification du contrat.

Quelle est sa durée ?

Votre contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction à chaque échéance principale mentionnée sur vos Dispositions Particulières tant qu'il n'est pas résilié par nous ou par vous dans les conditions prévues ci-après (chapitre « La résiliation de votre contrat »).

Nous nous engageons à ne pas le résilier (sauf en cas d'atteinte de l'âge limite de garanties pour la garantie hospitalière) sauf dans les cas fixés au chapitre « Résiliation de votre contrat » - « Nous pouvons résilier votre contrat ».

■ Les déclarations du souscripteur

A la souscription

Afin de nous permettre d'apprécier les risques à prendre en charge pour toutes les personnes couvertes par le contrat, vous devez répondre avec exactitude à toutes les questions posées. Vos réponses constituent la base du contrat et sont reproduites aux Dispositions particulières. Votre signature en tant que souscripteur confirme l'exactitude de vos déclarations.

En cours de contrat

Vous devez nous déclarer pour toutes les personnes couvertes par le contrat :

- un changement de domicile,
- une modification de la composition de la famille, notamment naissance, mariage, décès,
- un changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
- un changement de catégorie socioprofessionnelle,
- un séjour à l'étranger.

Ces déclarations doivent nous parvenir, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent votre connaissance de l'un de ces événements. **Si l'absence ou le retard de déclaration nous cause un préjudice, nous pourrions invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder aux indemnisations prévues (article L113-2 du Code des assurances).**

En cas d'aggravation de risque, liée à l'un de ces événements et indépendante de votre état de santé, nous vous proposons soit une augmentation de cotisation, soit la résiliation de votre contrat.

En cas de diminution de risque, nous vous proposons une diminution de votre cotisation.

Les conséquences d'une fausse déclaration

Toute omission ou inexactitude dans les déclarations à la souscription ou en cours de contrat entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances.

Si l'omission ou l'inexactitude est intentionnelle, nous pourrions, conformément à l'article L113.8 du Code des assurances, invoquer la nullité du contrat et conserver les cotisations versées au titre de dommages et intérêts.

Si l'omission ou l'inexactitude n'est pas intentionnelle (article L113-9 du Code des assurances) :

- après un sinistre, les prestations sont réduites en proportion des cotisations payées par rapport à celles qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés,
- avant la réalisation du sinistre, nous pouvons soit maintenir le contrat en cours, moyennant une augmentation de cotisation, soit résilier le contrat.

■ La cotisation

Comment est-elle calculée ?

A la souscription et en cas de modification en cours de contrat, la cotisation est fonction de l'âge de ou des assurés à la date d'effet de la garantie, du choix de la formule et du lieu de résidence du souscripteur. Elle comprend les frais annexes ainsi que les taxes que nous sommes chargés d'encaisser pour le compte de l'état.

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

Quand et comment la payer ?

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. Cependant, vous pouvez bénéficier d'un paiement fractionné de cette cotisation. Le règlement s'effectue au plus tard dans les 10 jours suivant la ou les échéances indiquées dans vos Dispositions Particulières. A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les 10 jours suivant son échéance, vos garanties sont suspendues trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure (article L113-3 du Code des assurances).

Cette suspension de garantie :

- ne nous empêche pas de poursuivre en justice le recouvrement de la cotisation due,
- nous autorise à résilier votre contrat dix jours après le début de la suspension si, dans ce délai, la cotisation due n'a toujours pas été payée,
- vous fait perdre ainsi qu'aux autres personnes assurées, le droit aux prestations de votre contrat, même si la cotisation impayée est ultérieurement réglée, en ce qui concerne :
 - les dépenses occasionnées par des soins reçus pendant la période de suspension,
 - l'allocation forfaitaire pour les hospitalisations ayant débuté pendant la période de suspension.

En cas de fractionnement de la prime annuelle, la suspension intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. Le contrat non résilié reprend ses effets, pour l'avenir, à midi le lendemain du jour où la cotisation ou fraction de la cotisation a été réglée.

Comment peut-elle évoluer ?

Vos cotisations évoluent selon des critères contractuels (âge, indexation, changement du lieu de résidence du souscripteur). Elles pourront être également modifiées afin de prendre en compte les motifs d'ordre technique.

Les conséquences d'une modification réglementaire ou de la couverture de votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité (garantie soins uniquement)

Toute modification législative ou réglementaire provoquant une variation des dépenses de soins prises en charge par votre régime obligatoire peut entraîner :

- soit le maintien de votre niveau de remboursement global (cumul des remboursements de votre régime obligatoire et de votre assurance complémentaire) en contrepartie d'une révision de votre cotisation,
- soit le maintien de votre cotisation en contrepartie d'une révision de votre niveau de remboursement.

Tableau récapitulatif de l'évolution des cotisations

	Garanties Soins	Garanties Hospitalières	Date d'effet
Âge de l'assuré Les cotisations augmentent aux âges suivants :	Tous les ans à partir du 18 ^e anniversaire	Tous les ans à partir du 18 ^e anniversaire	À l'échéance principale
Indexation Les cotisations et les prestations des garanties augmentent tous les ans du taux indiqué ci-contre. Toutefois, nous pourrions éventuellement augmenter ce taux en fonction de l'évolution du point de retraite A.G.I.R.C.	Non	2 %	À l'échéance principale
Changement du lieu de résidence du souscripteur	Oui	Non	À la date du déménagement
Résultats techniques Chaque année, les cotisations sont révisées en fonction des résultats techniques constatés et de l'évolution prévisible des remboursements complémentaires de frais de soins. Cette révision s'applique à l'ensemble des contrats ou bien à une catégorie de contrats. L'état de santé de l'assuré au moment de cette révision n'est aucunement pris en compte, conformément à la loi n° 89-1009 du 31/12/89.	Oui	Oui	À l'échéance principale

	Garanties Soins	Garanties Hospitalières	Date d'effet
Modification de la couverture de votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité Les cotisations peuvent être révisées en contrepartie du maintien de votre niveau de remboursement global (cumul des remboursements de votre régime obligatoire et de votre assurance complémentaire).	Oui	Non	La date indiquée sur la notification
Modification réglementaire Les cotisations peuvent être révisées selon l'impact des modifications législatives ou réglementaires.	Oui	Oui	La date indiquée sur la notification
Dans tous les cas, la modification vous sera notifiée et, en cas de désaccord, vous avez la possibilité de demander la résiliation de vos garanties dans les délais et conditions indiqués dans la notification.			

■ La modification et la résiliation de votre contrat

La modification des garanties de votre contrat

Si tous les assurés du contrat ont moins de 80 ans, vous avez, à tout moment, la possibilité de nous demander la modification des garanties de votre contrat. Des limitations de garanties pourront être appliquées en fonction du niveau de prestations de la garantie d'origine et celui de la nouvelle garantie, celle-ci étant applicable à l'ensemble des assurés).

La date d'effet du changement de garantie se fait à la date souhaitée sous réserve que le contrat ait au moins un an.

En outre, l'intervalle entre deux changements de garantie sur le contrat doit être d'une année minimum.

La modification de garanties entraîne la modification de la cotisation.

Le changement de catégorie socioprofessionnelle

Dans le cas d'un changement de catégorie socioprofessionnelle, vous devez nous fournir les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification de la cotisation. Si vous devenez travailleur non salarié non agricole, vous ne pourrez pas bénéficier des dispositions de l'article 154 bis du code général des impôts (dit loi Madelin).

La résiliation de votre contrat

Qui peut résilier et dans quel cas ?	Que faut-il faire et à quel moment ?	Quand la résiliation prend-elle effet ?
Vous pouvez résilier votre contrat		
Chaque année	Vous nous envoyez une lettre recommandée deux mois avant l'échéance principale (1)	A l'échéance principale
En cas de majoration de la cotisation	Vous nous envoyez une lettre recommandée dans les 30 jours suivant la réception de l'avis d'échéance (1)	30 jours après que vous nous ayez notifié la résiliation
Loi Châtel	Vous nous envoyez une lettre recommandée 20 jours à compter de la réception de l'avis d'échéance (condition : réception de l'Avis d'échéance durant les 75 jours précédant la date d'échéance)	<ul style="list-style-type: none"> • A l'échéance principale si vous nous avez notifié la résiliation avant celle-ci • A la date indiquée par vous ou au lendemain de la réception de la notification par vous de la résiliation du contrat
Nous pouvons résilier votre contrat de manière motivée, par lettre recommandée adressée à votre dernier domicile connu		

(1) la date du cachet de la poste faisant foi.

Qui peut résilier et dans quel cas ?	Que faut-il faire et à quel moment ?	Quand la résiliation prend-elle effet ?
Si vous n'avez pas réglé une partie ou la totalité de votre cotisation	Nous vous envoyons une lettre recommandée de mise en demeure dix jours après la date limite de règlement de la cotisation ou portion de cotisation en cas de paiement fractionné	Quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure(1)
Si vous avez effectué une omission ou une inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat	Nous vous envoyons une lettre recommandée	Article L113-9 : dix jours après l'envoi de la lettre recommandée(1)
Nous pouvons résilier votre contrat de manière motivée, par lettre recommandée adressée à votre dernier domicile connu		
Si vous avez commis une fraude ou une tentative de fraude à l'occasion d'un sinistre	Nous vous envoyons une lettre recommandée	Dix jours après l'envoi de la lettre recommandée par nos services (1)
Si vous n'acceptez pas les nouvelles conditions tarifaires proposées en cas d'aggravation de risque, indépendante de votre état de santé		Trente jours après la réception de notre proposition de modification (1)
La résiliation de votre contrat est automatique		
Lorsque vous atteignez l'âge limite de garantie indiqué dans vos Dispositions Générales pour la Garantie Hospitalière		Pour la Garantie Hospitalière, à la date anniversaire indiquée dans le présent document
Lorsque vous quittez, pour une période > à un an : <ul style="list-style-type: none"> • la France Métropolitaine ou les DOM pour la garantie Soins • la France Métropolitaine pour la Garantie Hospitalière 		<ul style="list-style-type: none"> • Garantie soins : dès que nous ne bénéficiez plus du régime obligatoire français • Garantie Hospitalière : à la date de votre départ
Le cas de résiliation de plein droit du contrat		
En cas de retrait total de l'agrément administratif de la société d'assurance.		Article L126-12 : Le 40 ^e jour suivant la publication au Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait d'agrément

(1) la date du cachet de la poste faisant foi

Les conséquences de la résiliation

	Vous recevez des prestations pour :	Vous ne recevez pas de prestations pour :
Garantie Soins	Les soins effectués avant la résiliation de votre garantie, même si la demande de remboursement est effectuée après la résiliation.	Les soins effectués après la résiliation de votre garantie y compris ceux liés à une hospitalisation ayant débutée avant la résiliation, quand bien même ils peuvent être rattachés à une maladie ou un accident antérieurs à la résiliation.
Garantie Hospitalière	Les hospitalisations qui ont débuté avant la résiliation de votre garantie, y compris pour les journées d'hospitalisation qui se situent au delà de cette date. Toutefois l'indemnisation se fait dans la limite de versement prévue au paragraphe « le versement de l'allocation forfaitaire est-il limité dans le temps » de la partie « Votre garantie Hospitalière ».	Les hospitalisations qui ont débuté après la résiliation de votre garantie.

Le règlement des prestations

AllSecur a confié à un Prestataire externe le soin de traiter et procéder aux règlements de la garantie soins et garantie hospitalière du contrat Santé.

La confidentialité médicale et les mentions CNIL (Loi Informatique et Libertés)

Les informations médicales recueillies directement ou indirectement (notamment feuilles de soins, demandes de prises en charges établies par les établissements hospitaliers publics ou privés, flux informatiques télétransmis par les professionnels de santé que vous consultez, courriers et/ou certificats médicaux que vous adressez au service Prestations Santé d'AllSecur (AllSecur Santé - Service Prestations Santé - 28 bis, rue de Courcelles - 51100 Reims), ou au Médecin-conseil) font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de votre dossier par le service Prestations Santé d'AllSecur (AllSecur Santé - Service Prestations Santé - 28 bis, rue de Courcelles - 51100 Reims).

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

La signature de votre contrat vaut acceptation tacite de votre part pour la transmission :

- au service Prestations Santé d'AllSecur (AllSecur Santé - Service Prestations Santé - 28 bis, rue de Courcelles - 51100 Reims), dans le respect du secret médical, de l'ensemble des données soumises au respect du secret médical qui seront nécessaires au traitement de votre dossier,
- aux services administratifs d'AllSecur, dans le respect du secret professionnel, de l'ensemble des données comportant des renseignements soumis au respect du secret professionnel (y compris ceux qui nous parviendraient directement par les organismes gérant votre Régime Obligatoire, ainsi que par les organismes de soins ou professionnels de santé), qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant un courrier auprès de : AllSecur - Informatiques et libertés - TSA 90001 - 92087 La Défense Cedex.

Que devez-vous faire en cas de sinistre ?

Vous devez déclarer le sinistre dans les meilleurs délais pour la garantie soins à AllSecur Santé - Service Prestations Santé - 28 bis, rue de Courcelles - 51100 Reims

Sauf cas de force majeure, tout événement susceptible de mettre en jeu la Garantie Hospitalière doit nous être déclaré dans les 8 jours ouvrés à compter de sa survenance. A défaut nous pourrions invoquer la déchéance de garantie prévue à l'article L.113-2 du Code des assurance si nous apportons la preuve que la déclaration tardive nous a causé un préjudice.

■ Pour la garantie soins

Votre contrat vous permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant selon les modalités précisées sur votre attestation de tiers payant Allianz, au titre des prestations définies sur celle-ci.

Le remboursement de vos frais de soins dépend du professionnel de santé. Ce dernier a le choix de :

- vous faire bénéficier du tiers payant grâce à l'attestation que nous vous remettons chaque année,
- ne pas l'appliquer pour la part complémentaire.

Prestations avec tiers payant (ou prestations avec dispense d'avance de frais)

Grâce à votre attestation de tiers payant, qui mentionne tous les domaines de santé auxquels vous avez accès (médecine, pharmacie, radiologie, laboratoire, hospitalisation, optique, dentaire...), vous n'avancez pas la part complémentaire de vos frais de soins.

Pour bénéficier de ce tiers payant, lorsque votre praticien accepte de le pratiquer, il vous suffit de lui présenter simplement votre attestation.

Prestations sans tiers payant

Si le professionnel de santé ne pratique pas le tiers payant sur la totalité de la part complémentaire, vous devez alors payer le reste à charge.

Vous n'avez rien à faire grâce à la télétransmission de vos décomptes, pour obtenir notre remboursement. Il vous suffit simplement de présenter votre carte vitale à votre praticien, en vous assurant qu'elle est à jour. Nous recevons ensuite directement les informations de votre caisse d'assurance maladie afin de procéder à un remboursement automatique.

Afin de maintenir la télétransmission de vos décomptes si vous changez de caisse d'assurance maladie obligatoire (déménagement, changement d'activité...), pensez à nous en informer.

Si la télétransmission ne fonctionne pas, si vous avez eu des soins non remboursés par la Sécurité sociale, ou si vous n'avez pas bénéficié du tiers payant sur l'intégralité de la part complémentaire de vos dépenses de soins, il vous suffit de nous adresser les documents adéquats (notification de refus de votre régime de base pour les actes soumis à entente préalable, décompte de votre Sécurité sociale si celle-ci est intervenue, facture détaillée ainsi que la prescription médicale dans le cas contraire), sous enveloppe avec mention « Secret Médical », à l'attention du service

Prestations Santé d'AllSecur (AllSecur Santé - Service Prestations Santé - 28 bis, rue de Courcelles - 51100 Reims),

La prescription médicale

Le traitement des décomptes papier est effectué dans le délai maximum de 3 jours ouvrés à compter de la date de réception des documents et pièces justificatives nécessaires au règlement.

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toutes natures auxquels vous avez droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L 861-3 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir le remboursement en vous adressant à l'organisme de votre choix.

■ Pour la garantie hospitalière

Vous devez adresser, sous enveloppe avec mention « Secret Médical », à l'attention du service Prestations Santé d'AllSecur (AllSecur Santé - Service Prestations Santé - 28 bis, rue de Courcelles - 51100 Reims), les documents suivants :

- tout document jugé utile pour l'appréciation de votre demande d'indemnisation,
- le bulletin de situation ou d'hospitalisation comprenant la discipline médico-tarifaire (DMT), ou un double de la facture d'hospitalisation,
- un procès-verbal de police ou de gendarmerie, relatant les circonstances de l'événement en cas d'accident de la circulation,
- un certificat médical indiquant le motif de l'hospitalisation.

Le traitement de la demande de remboursement est effectué dans le délai maximum de 3 jours ouvrés à compter de la date de réception des documents et pièces justificatives nécessaires au règlement.

A défaut de transmission des documents, les prestations ne pourront pas être versées.

Les compléments d'information

Notre médecin-conseil peut être amené, à tout moment, à compléter son information en vous demandant :

- de renseigner un questionnaire médical,
- de lui adresser des documents médicaux spécifiques,
- de vous soumettre à un examen médical.

Le centre de service clients peut également être amené à vous demander tout document lui permettant d'apprécier le droit à indemnisation.

En cas de refus de vous soumettre à un examen médical ou de transmettre les documents demandés, le versement des prestations sera suspendu.

En cas de désaccord

Nous pouvons refuser, pour une raison d'ordre médical, de vous accorder tout ou partie des prestations que vous demandez. Cette décision vous est communiquée par lettre recommandée.

a L'expertise amiable

Si vous contestez cette décision, vous avez la possibilité de demander une expertise amiable sous deux conditions :

- que votre demande soit effectuée dans les deux mois qui suivent notre refus d'indemnisation,
- que notre refus ne soit pas motivé par une fausse déclaration.

Le choix du médecin expert se fait :

- soit d'un commun accord entre vous et notre médecin-conseil, à partir d'une liste d'experts près les tribunaux,
- soit par le tribunal de votre lieu de résidence.

Les honoraires et frais relatifs à cette expertise sont :

- partagés par moitié entre vous et nous pour le médecin expert,
- à votre charge pour le médecin de votre choix si vous souhaitez être assisté au cours de cette expertise.

b Les autres voies de réclamation possibles

Votre interlocuteur habituel est en mesure d'étudier sur le fond toutes vos demandes et réclamations.

Si au terme de cet examen, les réponses données ne satisfaisaient pas à votre demande, vous pouvez adresser votre réclamation à : AllSecur - Relations Consommateurs - TSA 90001 - 92087 La Défense Cedex.

Enfin, en cas de désaccord définitif entre nous, vous aurez la faculté de faire appel au Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, un professionnel de l'assurance indépendant dont les coordonnées postales sont les suivantes : BP 290 - 75425 Paris Cedex 09, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

■ La prescription

Aucune action ni réclamation concernant le contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription.

La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certains laps de temps. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 du Code des assurances :

Toutes 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 sur la 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.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L114-2 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 L114-3 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 visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

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.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel « www.legifrance.gouv.fr ».

■ La subrogation

Nous sommes subrogés dans vos droits et actions contre tout responsable pour le remboursement des prestations prévues au contrat.



Une société du groupe Allianz 

AllSecur est le nom commercial de CALYPSO, filiale du Groupe Allianz. CALYPSO, société anonyme au capital de 102.442.554 €. 403 205 065 RCS Nanterre. Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex. Adresse postale : TSA 90001 - 92087 La Défense Cedex.