

**Conditions générales HEYME portant
Règlement mutualiste
et notices d'informations**

Plan

PREAMBULE.....	5
ORGANISMES PORTEURS DE RISQUES OU INTERVENANT DANS LA GESTION OU LA COMMERCIALISATION DES PRODUITS HEYME	6
ORGANISMES MUTUALISTES HEYME	6
INTERMEDIAIRE HEYME.....	6
ORGANISMES D'ASSURANCE PARTENAIRES.....	7
AUTRES ORGANISMES PARTENAIRES.....	7
PARTIE 1 – REGLEMENT MUTUALISTE	8
DISPOSITIONS GENERALES	8
Article 1 : Définitions communes au Règlement mutualiste	8
Article 2 : Objet du Règlement mutualiste.....	11
Article 3 : Entrée en vigueur du contrat	11
Article 4 : Adhésion et couverture	12
Article 5 : Bénéficiaires des garanties	12
Article 6 : Limitation d'âge à la souscription de certaines garanties	12
Article 7 : Cotisations et frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement	12
Article 8 : Ouverture des droits aux prestations	13
Article 9 : Durée et tacite reconduction	14
Article 10 : Changement de niveau garantie en cours d'année.....	14
Article 11 : Rétractation.....	15
Article 12 : Prescription	15
Article 13 : Modalités de résiliation à l'initiative de l'adhérent	15
Article 14 : Suspension et résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations	17
Article 15 : Le fonds d'entraide	17
Article 16 : Traitement des réclamations – Médiation – Autorité de contrôle	18
Article 17 : Protection des données personnelles	19
Article 18 : Droit applicable – langue des échanges entre les Mutuelles et les membres participants	19
GARANTIES FRAIS DE SANTE.....	20
Article 19 : Nomenclature des gammes et garanties frais de santé	20
Article 20 : Objet des garanties frais de santé	20

Article 21 : Etendue territoriale des garanties frais de santé	20
Article 22 : Dispositions générales concernant les garanties frais de santé	20
Article 23 : Limitations et exclusions communes aux garanties frais de santé	21
Article 24 : Limitations et exclusions spécifiques à chaque garantie frais de santé	27
Article 25 : Caractère responsable ou non responsable des garanties frais de santé.....	36
Article 26 : Limitations et exclusions communes aux garanties frais de santé dites responsables...	37
GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT ET GARANTIE CAPITAL BLESSURE	37
Article 27 : Nomenclature des garanties Individuelle accident et Capital blessure	37
Article 28 : Objet des garanties Individuelle accident et Capital blessure.....	37
Article 29 : Etendue territoriale	37
Article 30 : Dispositions communes concernant les garanties Individuelle accident et Capital blessure.....	38
Article 31: Limitations et exclusions aux garanties individuelles accident et Capital blessure	38
Article 32: Déclaration d'un sinistre Individuelle accident	40
Article 33 : Déclaration de sinistre	41
Article 34 : Montant des capitaux garantis et plafonds des garanties Individuelle accident (Tableau de garanties Individuelle Accident).....	41
Article 35 : Montant des capitaux garantis et plafonds de la garantie Capital blessure 1.....	42
Article 36: La Garantie « Pack Responsabilité civile HEYME ».....	42
Article 37: La Garantie « Pack Responsabilité civile + HEYME ».....	42
GARANTIES INCLUSIONS FRAIS DE SANTE A L'ETRANGER (OPTIONS INTERNATIONALES).....	42
Article 38 : Nomenclature des garanties inclusions frais de santé à l'étranger (options internationales).....	43
Article 39 : Objet des garanties options internationales.....	44
Article 40 : Etendue territoriale	44
Article 41 : Dispositions générales concernant les options internationales.....	44
Article 42 : Limitations et exclusions communes aux options internationales	45
Article 43 : Limitations et exclusions spécifiques à chaque option internationale	48
Article 44: Modalités de mise en œuvre des garanties options internationales	48
PARTIE 2 – NOTICES D'INFORMATIONS	51
POLICE D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE n° 1743420304.....	51
Article 1 : Définitions spécifiques à la Responsabilité civile	51

Article 2 : Préambule de la police n°1743420304.....	52
Article 3 : Objet de la garantie Responsabilité civile.....	53
Article 4 : Objet de la garantie Défense recours.....	54
Article 5 : Exclusions aux garanties Responsabilité civile et Défense recours.....	55
Article 6 : Tableau des garanties Responsabilité civile et Défense recours (sauf Responsabilité civile médicale)	57
Article 7 : Responsabilité civile médicale (RC médicale)	58
Article 8 : Dispositions diverses de la police n°1743420304	62
POLICE D'ASSURANCE ASSISTANCE RAPATRIEMENT n°5140740	62
Article 1 : Définitions et conditions d'accès aux prestations de la police collective n°5140740	63
Article 2 : Les prestations d'assistance	64
Article 3 : Exclusions et circonstances exceptionnelles de l'assistance rapatriement.....	66
Article 4 : Subrogation	68
Article 5 : Prescription.....	68
Article 6 : Modalité de demande d'assistance rapatriement	70

PREAMBULE

Les présentes conditions générales ont été rédigées par l'UMGP en collaboration avec ses Mutuelles membres (Cf. ORGANISMES MUTUALISTES) et la SAS LUTECEA afin de faciliter l'information destinée à leurs adhérents et clients et améliorer la compréhension de leurs rôles et obligations respectifs.

Le présent document porte les règlements mutualistes des Mutuelles membres de l'UMGP pour les produits commercialisés par la société LUTECEA sous la marque HEYME.

Le présent document constitue avec les statuts de la Mutuelle apéritrice et le bulletin d'adhésion, le contrat d'assurance.

Le présent document est composé de deux parties principales. La première partie décrit le contenu des garanties dont le risque est porté par les Mutuelles. La seconde partie décrit les garanties dont le risque est porté par d'autres organismes d'assurance.

Chaque produit souscrit est constitué d'une garantie principale, et d'une ou plusieurs autres garanties supplémentaires.

Le risque de la garantie principale est porté par une mutuelle qui sera désignée par le terme « apéritrice ».

Le risque de la ou des autres garanties supplémentaires est porté soit par la même mutuelle, soit par une autre mutuelle membre de l'UMGP, soit par un autre organisme d'assurance.

Dans tous les cas, l'organisme porteur de risque est mentionné sur le bulletin d'adhésion.

ORGANISMES PORTEURS DE RISQUES OU INTERVENANT DANS LA GESTION OU LA COMMERCIALISATION DES PRODUITS HEYME

ORGANISMES MUTUALISTES HEYME

Les organismes mutualistes HEYME sont des Mutuelles ou des unions qui relèvent du Code de la mutualité, et non du Code des Assurances. Il s'agit d'organismes qui relèvent de l'économie solidaire et sociale, qui n'ont pas d'actionnaires et dont la gouvernance est élue démocratiquement par les adhérents. Les garanties présentées dans la « PARTIE I – REGLEMENT MUTUALISTE » sont couvertes par les Mutuelles suivantes :

- **La Mutuelle des Etudiants de Provence (MEP)**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité dont le siège social est situé au 10 rue Léon Paulet – 13008 MARSEILLE – Tel : 09 71 09 07 07 – et immatriculée sous le numéro SIREN 782 814 826.
La MEP est représentée par Arnaud MORANDO, son Président.
- **La Société Mutualiste des Etudiants de la Région Parisienne (SMEREP)**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité dont le siège social est situé au 25 Rue Trébois – 92300 LEVALLOIS – Tel : 09 71 09 07 07 – et immatriculée sous le numéro SIREN 775 684 780,
La SMEREP est représentée par Hadrien LE ROUX, son Président.
- **La Société Mutualiste Générale de Prévoyance (SMGP)**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité dont le siège social est situé au 25 Rue Trébois – 92300 LEVALLOIS PERRET– Tel : 09 71 09 07 07 – et immatriculée sous le numéro SIREN 316 710 441. La SMGP est substituée par la Société Mutualiste des Etudiants de la Région Parisienne (SMEREP) enregistrée sous le numéro SIREN 775 684 780.
La SMGP est représentée par Joffrey HOUDOUX, son Président.

La MEP, la SMEREP et la SMGP sont membres de l'**Union Mutualiste Générale de Prévoyance (UMGP)**, Union de Mutuelles soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 316 730 662, dont le siège social est situé au 25 Rue Trébois – 92300 LEVALLOIS PERRET– Tel : 09 71 09 07 07.

L'UMGP est représentée par Hugues DE GRANDI, son Président.

L'UMGP gère l'encaissement des cotisations, la liquidation des prestations et des sinistres pour le compte de ses Mutuelles membres.

INTERMEDIAIRE HEYME

SAS LUTECEA : Société par Actions Simplifiée au capital social de 10.000 euros, dont le siège social est situé 10 rue Léon Paulet - 13008 MARSEILLE – Tel : 09 71 09 07 07, et immatriculée au registre

du commerce et des sociétés de Marseille sous le numéro SIREN 845 181 379 - Code APE 672 Z – N° ORIAS : 19 002 840.

La SAS LUTECEA est représentée par Pierre AUGIAS, son Président.

Le capital de la SAS LUTECEA est exclusivement détenu par les ORGANISMES MUTUALISTES mentionnés ci-avant. La SAS LUTECEA est rémunérée par des commissions de courtage incluses dans la cotisation.

Les gammes et les produits commercialisés sous la marque HEYME sont exclusivement distribués par la SAS LUTECEA, qui intervient également en tant que courtier gestionnaire et, selon le produit concerné, dans la gestion du contrat, dans la liquidation des prestations et des sinistres. En tant que Courtier, la SAS LUTECEA est toutefois libre de présenter tout autre produit d'assurance correspondant aux besoins recueillis auprès de son client.

ORGANISMES D'ASSURANCE PARTENAIRES

Les organismes d'assurance partenaires sont des organismes qui dépendent du Code des assurances ou du Code de la mutualité et qui garantissent des risques que les ORGANISMES MUTUALISTES HEYME ne sont pas en mesure ou ne sont pas habilités à porter mais que ces derniers ont souhaité inclure dans leurs produits. Les garanties présentées dans la « PARTIE II – Notice d'information » sont couvertes par les organismes suivants :

- **AXA France IARD** - SA régie par le Code des Assurances, - au capital de 214 799 0300, sise 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex -immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 722 057 460 ;
- **Chubb European Group** - SE, égie par le Code des Assurances, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie - immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374.

AUTRES ORGANISMES PARTENAIRES

SUD COURTAGES ET CONSEIL (S2C) - SARL au capital de 7 622,45 euros, sise 432 Bd Michelet 13009 Marseille - Tel : 04 91 16 47 12 – SARL au capital de 7 622,45 euros – immatriculée au RCS Marseille B 395 214 646 00022 - Code APE 672 Z – N° ORIAS : 07 030 727.

La société S2C intervient en tant qu'intermédiaire entre les ORGANISMES MUTALISTES ou la SAS LUTECEA et les ORGANISMES D'ASSURANCES PARTENAIRES. Elle intervient également, selon le produit concerné, en tant que courtier gestionnaire de sinistre pour des garanties présentées dans la « PARTIE II – NOTICE D'INFORMATION ». La Société S2C est rémunérée par des commissions de courtage incluses dans la prime d'assurances.

ALMERYS - SAS au capital de 40 000 euros sise46, rue du Ressort 63967 Clermont-Ferrand Cedex 9 – immatriculée au RCS Clermont-Ferrand 432 701 639, intervient en tant que gestionnaire des flux de Tiers Payant pour les garanties complémentaire santé.

PARTIE 1 – REGLEMENT MUTUALISTE

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : Définitions communes au Règlement mutualiste

Accident corporel : l'accident corporel est défini comme toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime l'adhérent et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure ainsi que toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle.

Sont assimilés aux accidents corporels :

- les infections causées directement par un accident garanti, à l'exclusion de toute infection résultant de l'intervention humaine après un accident garanti ;
- les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives ;
- l'asphyxie due à l'action involontaire de gaz ou de vapeurs ;
- la noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté ;
- les gelures, coups de chaleur, insulations ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, avalanche et inondation ;
- les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont l'adhérent serait victime sauf s'il est prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements.

Adhérent : personne physique mentionnée au bulletin d'adhésion et membre participant de la Mutuelle apéritrice.

AIPP : l'atteinte à l'intégrité physico-psychique (AIPP) est définie comme la réduction définitive du potentiel physique et/ou psychique médicalement constatable ou médicalement explicable, à laquelle s'ajoutent les douleurs et les répercussions psychiques que le médecin sait normalement liées à la séquelle ainsi que les conséquences, dans la vie de tous les jours, habituellement et objectivement liées à cette séquelle.

Le taux d'AIPP est l'ordre de grandeur, rapporté à un maximum théorique de 100%, de la difficulté que ressent tout sujet dont les séquelles sont ainsi quantifiées, à effectuer les gestes et actes habituels de la vie quotidienne extra-professionnelle donc l'ordre de grandeur de son « incapacité personnelle ».

Apéritrice/Mutuelle apéritrice : Mutuelle désignée comme telle sur le bulletin d'adhésion, à laquelle adhère le membre participant et qui, outre le fait de porter le risque principal, coordonne la gestion de l'ensemble des garanties incluses dans le contrat.

Ayant droit : personne physique définie comme potentiel ayant droit par les statuts de la Mutuelle et désignée comme bénéficiaire par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion.

Bénéficiaire : personne physique qui bénéficie des prestations de la Mutuelle.

BRSS : la base de remboursement de la Sécurité sociale est un tarif de référence servant à calculer le montant du remboursement de l'Assurance maladie. Une BRSS est attribuée à chaque dépense de santé prise en charge par Sécurité sociale. On parle aussi de « Tarif de convention » (TC).

Carte de Tiers Payant : carte qui atteste des droits à la complémentaire santé et qui permet au bénéficiaire de ne pas avancer les frais auprès des professionnels de santé dès lors que ceux-ci acceptent son usage.

Conditions générales : documentation regroupant les règlements mutualistes et les notices d'informations, qui avec les statuts de la Mutuelle apéritrice et le Bulletin d'adhésion constituent le contrat.

Contrat : ensemble contractuel organisant les relations entre l'adhérent et la Mutuelle apéritrice.

Cotisation : la cotisation désigne la somme que l'adhérent verse la Mutuelle apéritrice pour que celle-ci soit engagée par les garanties souscrites au contrat.

Courtier gestionnaire : intermédiaire d'assurance qui représente l'assuré mais qui peut aussi recevoir mandat de la Mutuelle apéritrice ou de l'assureur pour réaliser certaines opérations telles que la gestion de la souscription, du contrat, des sinistres et des prestations. Son modèle économique repose sur la rémunération qu'il perçoit des assureurs (commission de courtage) ou de l'assuré (frais de courtage).

Date de fin de garantie : la date de fin de garantie peut être indiquée dans le bulletin d'adhésion (pour des contrats à durée ferme), ou correspondre à la date de résiliation des garanties.

Délai de carence : période durant laquelle le bénéficiaire n'est pas couvert par les garanties concernées.

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. La description détaillée de ces dispositifs se trouve sur le site internet de l'Assurance Maladie : ameli.fr.

Honoraires limites de facturation (HLF) : Les honoraires limites de facturation des actes et prestations effectués par les chirurgiens-dentistes, sont définis en annexe de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie du 21 juin 2018 modifiée.

Liquidation : opération de calcul et de remboursement des prestations couvertes par les garanties.

Maladie inopinée : altération de la santé médicalement constatée, soudaine et imprévisible qui n'est pas liée à une maladie ou accident corporel préexistant.

Membre participant : le statut de membre participant est défini par les statuts de la Mutuelle.

Membre honoraire : le statut de membre honoraire est défini par les statuts de la Mutuelle.

Notice d'information : la notice d'information est un document qui décrit précisément les garanties dont le risque est porté par un organisme d'assurance partenaire et non par la Mutuelle apéritrice.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. Dispositif de pratique tarifaire.

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique. Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins de secteur 2. La description détaillée du dispositif se trouve sur le site internet de l'Assurance Maladie : ameli.fr.

Prestations : ce terme définit ce qui doit être fourni ou accompli par l'assureur. Il s'agit soit d'une somme d'argent, soit d'un service.

Panier de soins « 100% santé » : il s'agit d'un ensemble d'actes de soins et d'équipements remboursés conjointement à 100% par la Sécurité sociale et la complémentaire santé. Le panier de soins est une notion qui est issue de la réforme 100% santé.

Prime : la prime désigne le prix fixé par l'assureur en contrepartie de la garantie qu'il fournit à l'adhérent. La prime peut être comprise dans la cotisation au titre du paiement des garanties non portées par la Mutuelle apéritrice mais par un autre assureur.

Prix Limite de vente (PLV) : Prix maximum que les professionnels peuvent pratiquer pour les actes et soins qui composent le panier de soins « 100% Santé » dans les secteurs de l'optique et l'audiologie tels que définis à la liste des produits et prestations remboursables par la Sécurité sociale, prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale (LPP).

Produit mutualiste et/ou d'assurance : ensemble de garanties couvertes par un même contrat.

Produit mutualiste /produit d'assurance : le produit d'assurance est constitué de l'ensemble des garanties mentionnées au bulletin d'adhésion. Il peut être appelé produit mutualiste dès lors que l'apériteur du contrat est une Mutuelle.

Réforme 100% santé : La réforme du « 100 % Santé » est mise en œuvre à travers la réglementation relative aux contrats responsables. Le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optiques, aides auditives et soins prothétiques dentaires a ainsi étendu le périmètre de couverture des contrats responsables afin d'améliorer l'accès aux soins des assurés dans les trois grands secteurs précités, dont le remboursement fait l'objet des restes à charge les plus élevés.

Sinistre : évènement couvert au contrat qui se réalise et qui pourrait donner lieu à une indemnisation de la part de l'assureur.

Statuts : Les statuts d'un organisme mutualiste organisent sa vie institutionnelle et fixent les droits et obligations réciproques entre l'organisme et ses adhérents en lien avec le fonctionnement général de l'organisme.

Ticket modérateur : Le ticket modérateur est défini par les articles L160-13 et suivants du Code de la Sécurité sociale et correspond à la partie qui reste à la charge du bénéficiaire après remboursement de la Sécurité sociale.

Tiers Payant : il s'agit du mécanisme qui permet à un patient de ne pas avoir à avancer tout ou partie des frais de ses dépenses de santé.

Urgence dentaire : toute atteinte infectieuse des racines dont l'absence de traitement sous quarante-huit (48) heures est susceptible d'entraîner des complications médicales.

Urgence ophtalmologique : toute atteinte oculaire dont l'absence de traitement sous quarante-huit (48) heures est susceptible d'entraîner des complications et d'engager le pronostic fonctionnel et/ou visuel.

Article 2 : Objet du Règlement mutualiste

Conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la mutualité, le présent Règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque Mutuelle et ses membres participants (ces derniers étant ci-après dénommés adhérents).

À l'égard des adhérents et de leurs ayants droits, le contrat est constitué par :

- le bulletin d'adhésion,
- les statuts,
- le présent Règlement mutualiste.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le Règlement mutualiste.

Le Règlement mutualiste s'applique sans préjudice des dispositions du Code de la mutualité. Les dispositions du Règlement mutualiste peuvent être modifiées par le Conseil d'Administration de la Mutuelle dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Les modifications sont opposables aux adhérents et ayants droits dès qu'elles leur sont notifiées.

Les déclarations des adhérents et ayants droits servent de base au contrat, elles lient les parties.

Article 3 : Entrée en vigueur du contrat

Le contrat entre en vigueur le lendemain à 0h00 du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Les garanties incluses dans un même produit mutualiste et/ou d'assurance peuvent avoir des dates de prise d'effet différentes.

Article 4 : Adhésion et couverture

La signature du bulletin d'adhésion entraîne l'adhésion à la Mutuelle apéritrice mentionnée comme apériteur sur le bulletin d'adhésion.

Une copie recto-verso de la carte d'identité, passeport ou tout autre document officiel prouvant l'identité de l'adhérent sera sollicité au moment de l'adhésion.

L'adhésion à un organisme mutualiste implique la participation de l'adhérent à la vie institutionnelle de la Mutuelle dont l'organisation est définie et décrite par ses statuts.

L'adhérent accepte ainsi de recevoir par courriel les informations en lien avec l'actualité de la Mutuelle et d'être sollicité pour ses échéances institutionnelles.

La souscription du contrat mutualiste permet à l'adhérent et aux bénéficiaires mentionnés sur le bulletin d'adhésion de bénéficier des garanties également mentionnées au bulletin d'adhésion.

L'ensemble des garanties mentionnées au bulletin d'adhésion constitue un produit mutualiste et/ou d'assurance.

Pour chaque garantie, l'organisme qui porte le risque est mentionné au bulletin d'adhésion en tant qu'assureur.

Article 5 : Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires d'une garantie sont l'adhérent et ses éventuels ayants droits.

Article 6 : Limitation d'âge à la souscription de certaines garanties

Seuls les adhérents et bénéficiaires entrant dans les critères d'éligibilités liés à l'âge indiqués dans le tableau ci-dessous pourront souscrire les garanties correspondantes :

Article 7 : Cotisations et frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement

7-1 : Cotisations

La cotisation est globale et forfaitaire par contrat. Elle inclut la cotisation individuelle de l'adhérent et celle de ses ayants droits. Le montant de la cotisation varie selon le produit, le niveau de garantie et éventuellement la durée de couverture choisie par l'adhérent. Le montant de la cotisation varie également fonction de la couverture, ou non, d'ayants droit inscrits. Conformément aux dispositions statutaires de la Mutuelle, la qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la Mutuelle.

Sont comprises dans cette cotisation, les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions, fédérations), dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les

statuts ou règlements de ces organismes.

L'adhérent s'engage au paiement d'une cotisation qui est affectée pour partie à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle, et pour partie à la couverture du risque portée par d'autres organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance.

L'adhérent peut bénéficier sans frais supplémentaires d'un paiement fractionné en cas de souscription d'une durée au moins également à cinq mois et pour un montant de cotisation annuelle au moins égal à 50€.

En cas de paiement fractionné, le nombre de prélèvements est par principe de 12 mensualités égales.

Dans le cas d'une souscription pour une durée inférieure à un an, les prélèvements sont effectués au choix de l'adhérent le 05, le 10 ou le 25 du mois.

Dans le cas où le jour choisi (05,10,25) est antérieur au jour du mois de début de couverture, le premier prélèvement sera effectué le mois suivant et son montant sera de deux mensualités correspondant au mois passé et au mois en cours.

En raison de contraintes bancaires, un prélèvement ne peut être lancé qu'au moins une semaine après la date de signature du contrat. De fait, dans le cas où la date correspondant à « jour de la date de signature + 7 jours » serait supérieure à la date de début de couverture, le montant du premier prélèvement sera là aussi de deux mensualités, comme expliqué au paragraphe précédent. Aucun prélèvement ne sera lancé avant la date de début de couverture, sauf exception liée au paiement d'un éventuel acompte, décidé en accord avec l'adhérent.

7-2 : Frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de cotisation.

En cas de retard dans le paiement des cotisations, tous les frais de recouvrement (frais de courrier recommandé, frais bancaires, frais d'huissier, etc...) sont à la charge de l'adhérent défaillant.

Lorsque le défaut de paiement résulte d'un rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque impayé, la Mutuelle imputera à l'adhérent les frais dus ou engagés pour obtenir les montants des cotisations dues.

Article 8 : Ouverture des droits aux prestations

8-1 : Ouverture des droits

L'ouverture des droits intervient à la date choisie par l'adhérent lors de la souscription et au plus tôt le lendemain de la date de signature, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation et de l'absence d'un délai de carence prévu par la garantie considérée.

Les délais de carence spécifiques à chaque garantie sont mentionnés dans l'article relatif aux limitations ou exclusions concernant cette garantie.

8-2 : Fin des droits

La fin des droits intervient à la date de fin de garantie mentionnée sur le bulletin d'adhésion. En l'absence de mention, les droits s'arrêtent à la date résiliation de la garantie.

8-3 : Date prise en compte pour l'appréciation des droits aux prestations

Pour l'appréciation des droits aux prestations, les dates suivantes sont retenues :

- date des soins pour les professionnels de santé exécutants (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires, établissements, transports) et les forfaits,
- date de délivrance pour les professionnels de santé fournisseurs (pharmacies, opticiens, audioprothésistes, fournisseurs),
- date de l'accident mentionné sur le procès-verbal ou la déclaration circonstanciée en l'absence de procès-verbal pour les accidents corporels.

Article 9 : Durée et tacite reconduction

9-1 : Durée

Sauf mention d'une date de fin de garantie au bulletin d'adhésion, les garanties sont souscrites pour une durée minimale de 12 mois.

9-2 : Tacite reconduction

Exception faite des garanties mentionnant une date de fin sur le bulletin d'adhésion, la période de couverture se renouvelle par tacite reconduction, d'année en année, pour une durée de 12 mois sauf dénonciation par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, adressée par l'adhérent à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance (confère article 13.1 du présent Règlement mutualiste).

En application de la loi Chatel n°2005-67 du 28 janvier 2005, reprise dans les dispositions de l'article L221-10-1 du Code de la mutualité, la date limite d'exercice par l'adhérent du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, l'adhérent est informé dans cet avis, du fait qu'il dispose d'un délai de vingt jours à compter de la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de rétractation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié, satisfaisant à des exigences définies par décret.

Article 10 : Changement de niveau garantie en cours d'année

Le changement de garantie en cours d'année n'est possible que pour une garantie supérieure et au sein de la même gamme de complémentaires santé, dans la limite d'une fois par année et moyennant le paiement par l'adhérent de la différence entre la cotisation de la garantie initiale et celle due au titre de la garantie supérieure, pour la période restant à courir. Ce changement ne peut pas être rétroactif.

La date d'effet de la nouvelle garantie devra faire l'objet d'un accord entre l'adhérent et la Mutuelle.

Article 11 : Rétractation

En application des dispositions légales, l'adhérent peut renoncer à sa demande d'adhésion. Il dispose à cet effet d'un délai de quatorze jours, à compter de la date de souscription pour exercer son droit et obtenir la restitution intégrale des cotisations versées. De la même manière, l'adhérent a l'obligation de rembourser sous 30 jours les sommes éventuellement versées dans le cadre des garanties du contrat.

Pour l'exercice de ce droit de rétractation, l'adhérent peut :

- adresser une lettre de rétractation à l'adresse suivante : UMGP - CS 70010 - 13272 Marseille Cedex 08
- utiliser le formulaire de contact disponible sur le site www.heyhme.care .

Article 12 : Prescription

Toutes les actions dérivant de l'adhésion au présent Règlement mutualiste sont prescrites, c'est-à-dire ne peuvent plus être exercées au-delà de deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Article 13 : Modalités de résiliation à l'initiative de l'adhérent

13-1 : Résiliation annuelle

L'adhérent peut résilier son contrat tous les ans en adressant, à la Mutuelle, une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance.

13-2 : Résiliation à tout moment après un délai d'un an

L'adhérent peut résilier son contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalité.

La notification de cette dénonciation se fait au choix de l'adhérent :

- Soit par lettre à l'adresse suivante : UMGP - CS 70010 - 13272 Marseille Cedex 08, ou sur tout autre support durable,
- Soit par le biais du formulaire de contact : <https://heyhme.care/fr/contact>

La résiliation prend effet un mois après la réception par la Mutuelle de la notification dont cette dernière devra confirmer par écrit la réception.

13-3 : Résiliation exceptionnelle en cours d'année

Pour l'ensemble des motifs de résiliation ci-après, conformément à l'article L 221-17 du Code de la mutualité, la fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La Mutuelle ou l'union rembourse à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Résiliation à la suite de l'adhésion à un contrat collectif obligatoire

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

Résiliation à la suite de l'obtention d'une complémentaire santé solidaire

Justificatif attendu : attestation de droits délivrée par l'Assurance maladie.

Résiliation à la suite d'un départ à l'étranger

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

Justificatif attendu : billet d'avion, bail de location à l'étranger, contrat de travail à l'étranger ou tout justificatif attestant d'un séjour à l'étranger et mentionnant la durée du dit séjour.

Résiliation à la suite d'une affiliation à un régime spécial de Sécurité sociale

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

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

Lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

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

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

nouvelle.

Justificatif attendu : document permettant de justifier la demande de résiliation.

Article 14 : Suspension et résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations

Conformément à l'article L221-7 du Code de la mutualité : « Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle ou l'union de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. »

La Mutuelle ou l'union a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours, prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle ou à l'union la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement ».

Article 15 : Le fonds d'entraide

Dans le cadre de son action sociale et de solidarité, la Mutuelle peut accorder, par le biais de son fonds d'entraide, des allocations exceptionnelles à ses adhérents ainsi qu'à leurs ayants droit lorsque leur situation le justifie.

La situation s'apprécie à la date retenue pour l'examen du droit aux prestations.

Le fonds d'entraide a pour vocation à :

- aider les adhérents subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leurs cotisations relevant du régime maladie complémentaire ;
- permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que l'adhérent de la Mutuelle se trouve dans une situation exceptionnelle et d'une gravité certaine.
- aider les étudiants qui se trouvent dans l'incapacité de se présenter à un examen.

Modalités d'attribution du fonds :

Toute personne souhaitant être bénéficiaire d'une allocation au titre d fonds d'entraide soumet au Conseil d'Administration de la Mutuelle une demande motivée et étayée par des pièces

justificatives.

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

Constitution du fonds :

La constitution du fonds est assurée par une dotation dont le montant est voté annuellement par l'Assemblée Générale.

Article 16 : Traitement des réclamations – Médiation – Autorité de contrôle

16-1 : Les réclamations

Le service réclamations de la Mutuelle peut être saisi par l'adhérent selon l'une des voies suivantes :

- Par courrier : le courrier accompagné des pièces justificatives doit être adressé à UMGP - CS 70010 - 13272 Marseille Cedex 08 ;
- Par téléphone : au 09 71 09 07 07 du lundi au vendredi de 9h à 18h.

16-2 : La médiation

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

Elle permet par l'intervention d'un tiers indépendant et impartial, le médiateur, de résoudre le différend grâce à un processus amiable et confidentiel. Le médiateur ne peut être saisi par l'adhérent ou par la Mutuelle, sous peine d'irrecevabilité, qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à la Mutuelle et ce dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation que l'adhérent a adressé à la Mutuelle.

Le médiateur intervient dans le cadre des offres de complémentaire santé uniquement.

Les modalités de saisine du médiateur sont les suivantes.

Toute demande de médiation doit être formulée soit :

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

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

16-3 : L'autorité de contrôle

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

Pour joindre cette Autorité Administrative Indépendante (AAI) :

- adresser un courrier à l'adresse suivante : Banque de France, demande ACPR TSA 50120 - 75035 PARIS CEDEX 01 ;
- téléphoner au 34 14 (prix d'un appel local) ;
- se connecter sur leur site internet : www.abe-infoservice.fr.

Article 17 : Protection des données personnelles

Le traitement des informations personnelles recueillies par la Mutuelle est effectué sous la responsabilité de cette dernière et exclusivement aux fins de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet et en conformité avec les dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016.

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

Aucune donnée personnelle traitée ou détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

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

Les données personnelles des adhérents sont conservées pendant la durée de leur adhésion à la Mutuelle et pendant la durée du délai de prescription tel que visé à l'article L.221-11 du Code de la mutualité.

Tout adhérent de la Mutuelle ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité (lorsqu'il s'applique) et d'opposition à toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle. Il peut exercer ces droits en s'adressant au service DPO de la Mutuelle à l'adresse dpo@heyhme.care.

Article 18 : Droit applicable – langue des échanges entre les Mutuelles et les membres participants

Le présent Règlement mutualiste, ainsi que l'ensemble des droits et obligations en découlant, sont régis par le droit français.

La langue officielle des échanges, tant écrits que verbaux, entre les adhérents et la Mutuelle est le français.

GARANTIES FRAIS DE SANTE

Article 19 : Nomenclature des gammes et garanties frais de santé

Les garanties frais de santé sont les suivantes :

- Frais de santé HEYME Jeunes Protect 1 désignée par « Protect 1 »
- Frais de santé HEYME Jeunes Protect 2 désignée par « Protect 2 »
- Frais de santé HEYME Jeunes Protect 3 désignée par « Protect 3 »
- Frais de santé HEYME Jeunes Protect 4 désignée par « Protect 4 »
- Frais de santé HEYME Jeunes Protect 5 désignée par « Protect 5 »
- Garantie Bien-être désignée par « Bien-être »
- Garantie Hospitalisation à la suite d'un accident, désignée par « Hospitalisation accidentelle »

Les cinq premières garanties de la nomenclature sont indistinctement désignées par le terme « Frais de santé Protect ».

L'ensemble des produits d'assurance comprenant une garantie « Frais de santé Protect » constitue la gamme « HEYME Protect ».

Les Packs proposés sont les suivants :

- Pack Responsabilité civile
- Pack Responsabilité civile +

Article 20 : Objet des garanties frais de santé

Les garanties frais de santé ont pour objet de couvrir les adhérents et leurs éventuels ayant droits en cas d'hospitalisation, de maladie ou d'accident intervenant en France.

Les garanties frais de santé couvre également les frais de santé en lien avec l'état de grossesse et l'accouchement.

Article 21 : Etendue territoriale des garanties frais de santé

Les garanties complémentaires santé couvrent les frais engagés sur le territoire français.

Article 22 : Dispositions générales concernant les garanties frais de santé

Conformément aux dispositions de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire. Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des sommes réellement engagées par le bénéficiaire ou par le biais du tiers payant au professionnel de santé. La Mutuelle intervient en complément des prestations servies par les Régimes d'Assurance Maladie Obligatoires ou sur des montants forfaitaires, indiqués aux tableaux des garanties.

Les garanties, de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent (ou ayant droit) peut obtenir l'indemnisation en s'adressant auprès de l'organisme de son choix.

Les garanties frais de santé couvrent selon le niveau de garantie, tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'examens de laboratoire, de radiologie, de transports et de matériel médical, de prothèses et d'appareillage restant à la charge de l'adhérent après intervention d'un régime obligatoire français de Sécurité sociale. Elles permettent aussi le remboursement de forfait sans intervention préalable de la Sécurité sociale.

Les montants remboursés sont calculés en fonction soit :

- D'un taux de remboursement exprimé en % du BRSS. Tous les taux indiqués dans les présentes conditions générales et notamment aux tableaux des garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale.
- D'un forfait. Les forfaits sont remboursés à hauteur des dépenses engagées par l'adhérent et ne peuvent dans aucun cas dépasser les montants indiqués dans les tableaux des garanties annexés aux présentes conditions générales.

Les tableaux des garanties annexés aux présentes conditions générales indiquent les types de prestations garanties, les taux de remboursement, ainsi que les montants et les conditions d'attribution des forfaits et des principales limitations appliquées aux garanties frais de santé.

Toute modification des prestations et des taux de remboursement par l'Assurance Maladie qui viendrait à être supérieure à 50 % par rapport aux tarifs et aux taux de remboursement de référence figurant sur le tableau de garanties n'entraînera pas pour autant une compensation financière supplémentaire payée par la Mutuelle à l'adhérent ou à ses ayants droit, pour la partie allant au-delà des 50 % de modification des tarifs et de taux de remboursement par l'Assurance Maladie.

En revanche, la Mutuelle assurera, financièrement et elle seule, toute modification en cours d'année allant jusqu'à 50 % de modification des tarifs et des taux de remboursement de la Sécurité sociale par rapport aux tarifs et aux taux de remboursement de référence sur les tableaux des garanties.

Article 23 : Limitations et exclusions communes aux garanties frais de santé

Un plafond annuel dentaire est prévu pour l'ensemble des remboursements intervenus en dehors du panier 100% santé, des soins dentaires et de l'implantologie remboursée. Ainsi lorsque le montant indiqué aux tableaux des garanties est atteint, seuls les montants correspondants aux tickets modérateurs des soins concernés sont encore remboursés.

23-1 : Les soins courants et d'hospitalisation

Limitations des soins courants et d'hospitalisation

La prise en charge du forfait journalier hospitalier sur la base des tarifs en vigueur à la date de l'hospitalisation, mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée, ne concerne que le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (DPTAM) est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif de responsabilité
- elle doit être inférieure à la prise en charge pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent au DPTAM, en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'Assurance Maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas au DPTAM).

Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'Assurance Maladie. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement qui est retenue est celle du tarif d'autorité.

Un délai de carence des prestations liées à une hospitalisation

Le droit au remboursement des prestations liées à l'hospitalisation est soumis à un délai de carence d'un mois. Le délai de carence ne s'applique pas si l'adhérent était couvert par un organisme assurant des prestations complémentaires (Mutuelle, société d'assurances...) moins de deux mois avant la date d'effet de la garantie ou si les prestations sont liées à un accident survenu après cette date.

23-2 : L'optique

Les équipements d'optique médicale, définis à l'article L.5211-1 du Code de la santé publique, sont composés de deux verres correcteurs et d'une monture.

Les équipements (verres et montures) remboursés par la Sécurité sociale sont classés en deux groupes (classes A et B) par la Liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

- la classe A (« panier 100% Santé ») : les verres et montures relevant de la classe A bénéficient d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge pour l'assuré dans la limite des prix limites de vente.
- et la classe B (« panier prix libres ») : les prix des verres et montures relevant de la classe B sont

déterminés librement et peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré.

Le « panier 100% Santé » : verres ou montures appartenant à la classe A

Sont pris en charge à hauteur des frais exposés par l'adhérent, en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des prix limites de vente (PLV), dans les conditions définies par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) :

- Deux verres et une monture appartenant à la classe A ;
- La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents ;
- Le supplément pour les verres avec filtre de classe A.

Dans les conditions définies par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP).

Le « panier prix libres » : verres ou montures appartenant à la classe B

Conformément à la Circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/S25D/2019/116 du 29 mai 2019 portant sur les contrats responsables, le forfait optique est attribué pour l'achat d'un équipement composé d'une monture et de 2 verres correcteurs. Les plafonds de prise en charge de ces équipements sont indiqués aux tableaux des garanties annexés aux présentes conditions générales.

Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond limite qui s'applique. La prise en charge de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur en cas de renouvellement, n'est pas incluse dans les plafonds limites.

Les limites incluent la part des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et le Ticket Modérateur.

Périodicité de renouvellement des équipements d'optique médicale

Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus ;
- par période d'un an pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;
- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux adultes et aux enfants de 16 ans et plus, est réduite à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) dans les cas de dégradation des performances oculaires visés dans la Liste des

produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D.4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans, pour les verres, en cas de dégradation des performances oculaires objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention sur l'ordonnance de la situation médicale particulière.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire. En outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, la Mutuelle s'assure de l'absence de prise en charge durant lesdites périodes au titre d'un contrat responsable souscrit auprès d'elle par l'adhérent ou l'ayant droit concerné.

Lorsque le bénéficiaire acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour le bénéficiaire ayant :
 - ✓ une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces assurés, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties du contrat peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.
 - ✓ une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces assurés, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance. La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge. Les

règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...).

- La garantie Optique permet également le remboursement d'un équipement mixte d'optique médicale composé de verres de classe B et d'une monture de classe A ou inversement. Dans ce cas, le plafond limite de prise en charge appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, les éléments de l'équipement relevant de la classe A étant pris en charge intégralement dans la limite des prix limites de vente et déduit dudit plafond.

Délai de carence pour l'obtention des forfaits lentilles

Le forfait lentilles ne peut être attribué qu'après l'expiration d'un délai de carence d'un mois suivant la date de prise d'effet de la garantie.

Délai de carence pour l'obtention des forfaits chirurgie des yeux

Le forfait "chirurgie des yeux" peut être attribué qu'après un délai de carence de deux ans et donc à partir de la 3eme année d'ancienneté. Les forfaits optiques et lentilles remboursés au cours des deux années précédentes sont déduits du plafond affiché.

23-3 : Les soins et prothèses dentaires

Dans le cadre de la réforme du « 100% santé », la convention dentaire organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie a défini une liste d'actes prothétiques, dits actes « à entente directe ». Ces actes sont répartis entre trois paniers de soins définis à l'annexe V de la convention dentaire :

- Le panier 100 % Santé, sans reste à charge : actes à entente directe limitée (application des honoraires limites de facturation (HLF) sans reste à charge.
- Le panier à tarifs maîtrisés : actes à entente directe limitée (application des HLF) avec reste à charge.
- Le panier à tarifs libres : actes à entente directe libre (pas d'HLF) avec reste à charge.
- Prise en charge à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'adhérent, en sus des tarifs de responsabilité :
- dans la limite des honoraires maximaux de facturation,
- pour les actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge tels que définis dans la convention du 17 juin 2018 modifiée,
- aux dates fixées par voie réglementaire.

Les séances de détartrage sont prises en charges à hauteur d'un nombre de séances maximum indiqué aux tableaux des garanties.

23-4 : Les aides auditives

Dans le cadre du « 100 % santé », les aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge par

l'Assurance Maladie ont été définies et classées en deux groupes (classe 1 et classe 2) selon leurs caractéristiques techniques, par voie réglementaire.

Le panier 100 % Santé (Aides auditives de Classe 1)

Les aides auditives 100 % Santé (classe 1) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires, elles sont donc sans reste à charge pour l'assuré **dans la limite des prix limites de vente.**

Aides auditives hors 100 % Santé (Aides auditives de Classe 2)

Les aides auditives hors 100 % Santé (classe 2) peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré.

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, en cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 2, la garantie permet le remboursement, par aide auditive :

- au minimum du Ticket Modérateur et,
- au maximum d'une somme égale à 1700 euros. Ce plafond inclut la part des dépenses prise en charge par l'Assurance Maladie et le Ticket Modérateur. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

Périodicité de renouvellement des dispositifs d'aide auditive

Qu'elle que soit la catégorie de garantie choisie, la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive à l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces règles tiennent compte des quatre années antérieures. L'appréciation de la période de quatre ans se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire. La Mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant ladite période.

23-5 : Exclusions du champ d'application des garanties frais de santé

Sont toujours exclus :

1° Les frais de santé relatifs à des soins, dont les dates de réalisation sont antérieures à la date d'ouverture de droits de la garantie ou postérieures à la date de fin de garantie ne pourront donner lieu à remboursement. De plus tout séjour en établissement hospitalier, dont la date d'entrée est antérieure à la date d'ouverture de droits de la garantie, ne pourra pas donner lieu à remboursement.

2° Les actes et les soins prodigués qui sont pratiqués gratuitement en l'absence du présent contrat.

3° Les soins consécutifs à des actes ayant un but esthétique ou de rajeunissement et n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge par un régime d'Assurance Maladie français.

4° Les frais de santé effectués lors d'un séjour à l'étranger.

5° Les actes ou les prescriptions ne figurant pas aux nomenclatures des actes et prescription de la Sécurité sociale sauf forfait spécifique explicitement mentionné aux tableaux des garanties.

6° Les soins médicaux non prescrits par une autorité médicale titulaire des diplômes ou autorisations requis en France où elle est légalement habilitée à la pratique de son art, ou ceux inutiles du strict point de vue médical sauf forfait spécifique explicitement mentionné aux tableaux des garanties

Article 24 : Limitations et exclusions spécifiques à chaque garantie frais de santé

24-1 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie HEYME frais de santé Protect 1

Cette garantie est non responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :

- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins, des frais de séjour et des transports est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse);
- le remboursement du forfait journalier (frais d'hébergement et d'entretien dû à l'hôpital) en établissement médico-social, psychiatrique, neuropsychiatrique, ainsi qu'en centre de soins spécialisé est limité à 12 nuits par personne et par an ;
- le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM / non DPTAM est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des médicaments remboursables par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des actes médicaux, des actes d'imagerie médicale, de la radiologie, des analyses et examens de laboratoire et des transports est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, quelle que soit leur complexité, est limité à 30€ maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte ou un enfant de plus de 16 ans, sauf enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue où ce plafond sera annuel ;
- le remboursement des soins dentaires est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des Inlay ou Onlay et des prothèses dentaires est plafonné à 100€ par an et par personne ;
- le remboursement des actes de détartrage est limité à 2 séances par an et par personne ;

- le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 1700€ (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale est limité à 15€ par an et par personne.

Risques exclus :

- la participation assuré (forfait actes lourds) ;
- les coûts liés à une chambre particulière ;
- les consultations médicales des généralistes et des spécialistes en dehors du parcours de soins ;
- les médicaments non prescrits ;
- les honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes) et des sage-femmes ;
- le matériel médical, le petit et grand appareillage, les bandages, les orthèses, prothèses (autres que dentaires), semelles orthopédiques, lits, fauteuils roulants ;
- les cures thermales ;
- les équipements optiques Panier 100% santé limité au PLV, les lentilles remboursées ou non, la chirurgie des yeux ;
- les soins et prothèses dentaires Panier 100% santé limité au HLF, l'implantologie, la parodontologie, l'orthodontie ;
- les équipements auditifs Panier 100% santé limité au PLV, les piles et entretien de l'appareil auditif ;
- les actes de prévention ou le sevrage tabagique remboursés par la Sécurité sociale.

24-2 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie HEYME frais de santé Protect 2

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :

- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins DPTAM est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des honoraires et des actes des médecins non DPTAM, des frais de séjour et de transport, est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM / non DPTAM est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des médicaments remboursables par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des actes médicaux, des actes d'imagerie médicale, de la radiologie, des analyses et examens de laboratoire et des actes de transports est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;

- le remboursement des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes) et des sage-femmes est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement du matériel médical, du petit et grand appareillage, des bandages, des orthèses, des prothèses (autres que dentaires), des semelles orthopédiques, des lits, des fauteuils roulants est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- en cas d'équipement appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est limitée au PLV ;
- le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte ou un enfant de plus de 16 ans, sauf enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue où ce plafond sera annuel. Ce forfait est de : 50€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples, 125€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres mixtes (simple / complexe ou simple / très complexe) à complexes, 200€ pour un équipement composé d'une monture + 2 verres mixtes (complexe + très complexes) à très complexes ;
- le forfait pour les lentilles, remboursées ou non, est de 50€ par an et par personne ;
- utilisable à partir de la 3ème année d'ancienneté, le forfait chirurgie des yeux est de 500€ par personne, les forfaits optiques et lentilles remboursés au cours des 2 années précédentes sont déduits de ce celui-ci ;
- le remboursement des soins et prothèses Panier 100% santé est limité au HLF ;
- le remboursement des soins dentaires, de l'implantologie et de l'orthodontie remboursées est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des actes de détartrage est limité à 2 séances par an et par personne ;
- le remboursement des prothèses dentaires et des Inlay/Onlay est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le forfait pour l'implantologie et la parodontologie non remboursées est de 50€ par an et par personne ;
- le remboursement des Inlay/Onlay, des prothèses dentaires, de l'implantologie/ la parodontologie non remboursées est plafonné à 300€ par an, une fois ce plafond dentaire atteint, le remboursement des actes plafonnés est effectué à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 1700€ (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des piles et de l'entretien de l'appareil auditif est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse);
- le remboursement des vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale est limité à 25€ par an et par personne

- le remboursement des actes de prévention ou le sevrage tabagique remboursés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse).

Risques exclus :

- les coûts liés à une chambre particulière ;
- les médicaments non prescrits ;
- les cures thermales.

24-3 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie HEYME frais de santé Protect 3

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :

- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des honoraires et des actes des médecins non DPTAM, des frais de séjour et de transport, est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM est limité à 125% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes non DPTAM est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des médicaments remboursables par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des actes médicaux, les actes d'imagerie médicale, de la radiologie, des analyses et examens de laboratoire et des actes de transports est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes) et des sage-femmes est limité à 125% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement du matériel médical, du petit et grand appareillage, des bandages, des orthèses, des prothèses (autres que dentaires), des semelles orthopédiques, des lits, des fauteuils roulants est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- en cas d'équipement appartement au Panier 100% santé, la prise en charge est intégrale et limité au PLV ;
- le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte ou un enfant de plus de 16 ans, sauf enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue où ce plafond sera annuel ; ce forfait est de : 75€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples, 150€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres mixtes (simple / complexe ou simple / très

complexe) à complexes, 225€ pour un équipement composé d'une monture + 2 verres mixtes (complexe + très complexes) à très complexes ;

- le forfait pour les lentilles, remboursées ou non, est de 50€ par an et par personne ;
- utilisable à partir de la 3ème année d'ancienneté, le forfait chirurgie des yeux est de 550€ par personne, les forfaits optiques et lentilles remboursés au cours des 2 années précédentes sont déduits de ce celui-ci ;
- le remboursement des soins et prothèses Panier 100% santé est limité au HLF ;
- le remboursement des soins dentaires, de l'implantologie et de l'orthodontie remboursées est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des actes de détartrage est limité à 2 séances par an et par personne ;
- le remboursement des prothèses dentaires et des Inlay/Onlay est limité à 175% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le forfait pour l'implantologie et la parodontologie non remboursées est de 100€ par an et par personne ;
- le remboursement des Inlay/Onlay, des prothèses dentaires, et de l'implantologie, la parodontologie non remboursées est plafonné à 500€ par an, une fois ce plafond dentaire atteint, le remboursement des actes plafonnés est effectué à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 1700€ (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des piles et de l'entretien de l'appareil auditif est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale est limité à 35€ par an et par personne
- le remboursement des actes de prévention ou le sevrage tabagique remboursés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse).

Risques exclus :

- les coûts liés à une chambre particulière ;
- les médicaments non prescrits ;
- les cures thermales.

24-4 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie HEYME frais de santé Protect 4

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :

- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins DPTAM est limité à 250% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;

- le remboursement des honoraires et des actes des médecins non DPTAM, des frais de séjour dans un établissement conventionné et des frais de transport est limité à 130% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des frais de séjour dans un établissement non conventionné est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le forfait lié à la chambre particulière est limité à 35€ par personne et par jour, ainsi qu'à 90 jours par an en cas d'hospitalisation dans un service de médecine, à 60 jours par an dans un service de soins de suite et à 30 jours par an dans un service de psychiatrie.
- le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM, des actes médicaux, des actes d'imagerie médicale, de la radiologie DPTAM, est limité à 175% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes non DPTAM, des actes médicaux, des actes d'imagerie médicale, de la radiologie DPTAM, est limité à 130% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des médicaments remboursables par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement du matériel médical, du petit et grand appareillage, des bandages, des orthèses, des prothèses (autres que dentaires), des semelles orthopédiques, des lits, des fauteuils roulants, est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des analyses et examens de laboratoire, des actes de transports, des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes) et des sage-femmes, est limité à 130% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- en cas d'équipement appartenant au Panier 100% santé, la prise en charge est intégrale et limitée au PLV ;
- le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte ou un enfant de plus de 16 ans, sauf enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue où ce plafond sera annuel, ce forfait est de : 100€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples, 175€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres mixtes (simple / complexe ou simple / très complexe) à complexes, 250€ pour un équipement composé d'une monture + 2 verres mixtes (complexe + très complexes) à très complexes ;
- le forfait pour les lentilles, remboursées ou non, est de 75€ par an et par personne ;
- utilisable à partir de la 3ème année d'ancienneté, le forfait chirurgie des yeux est de 650€ par personne, les forfaits optiques et lentilles remboursés au cours des 2 années précédentes sont déduits de ce celui-ci ;
- le remboursement des soins et prothèses Panier 100% santé est limité au HLF ;
- le remboursement des soins dentaires est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;

- le remboursement de l'implantologie remboursée et de l'orthodontie remboursée est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des actes de détartrage est limité à 2 séances par an et par personne ;
- le remboursement des prothèses dentaires et des Inlay/Onlay est limité à 225% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le forfait pour l'implantologie et la parodontologie non remboursées est de 150€ par an et par personne ;
- le remboursement des Inlay/Onlay, des prothèses dentaires, et de l'implantologie, la parodontologie non remboursées est plafonné à 700€ par an, une fois ce plafond dentaire atteint, le remboursement des actes plafonnés est effectué à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 1700€ (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des piles et de l'entretien de l'appareil auditif est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse);
- le remboursement des vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale est limité à 50€ par an et par personne ;
- le remboursement des actes de prévention ou le sevrage tabagique remboursés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse).

Risques exclus :

- les médicaments non prescrits ;
- les cures thermales.

24-5 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie HEYME frais de santé Protect 5

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :

- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins DPTAM est limité à 280% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des honoraires et des actes des médecins non DPTAM, des frais de séjour dans un établissement conventionné et des frais de transport est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des frais de séjour dans un établissement non conventionné est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le forfait lié à la chambre particulière est limité à 35€ par personne et par jour, ainsi qu'à 90 jours par an en cas d'hospitalisation dans un service de médecine, à 60 jours par an dans un service de soins de suite et à 30 jours par an dans un service de psychiatrie.

- le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes DPTAM, des actes médicaux, des actes d'imagerie médicale, de la radiologie DPTAM est limité à 210% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des consultations médicales des généralistes et des spécialistes non DPTAM, des actes médicaux, des actes d'imagerie médicale, de la radiologie DPTAM, est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des médicaments remboursables par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement du matériel médical, du petit et grand appareillage, des bandages, des orthèses, des prothèses (autres que dentaires), des semelles orthopédiques, des lits, des fauteuils roulants est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des analyses et examens de laboratoire, des actes de transports, des honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes) et des sage-femmes est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- en cas d'équipement appartenant au Panier 100% santé, la prise en charge est intégrale et limitée au PLV ;
- le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge pour un adulte ou un enfant de plus de 16 ans, sauf enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue où ce plafond sera annuel ; ce forfait est de : 150€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples, 220€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres mixtes (simple / complexe ou simple / très complexe) à complexes, 300€ pour un équipement composé d'une monture + 2 verres mixtes (complexe + très complexes) à très complexes ;
- le forfait pour les lentilles, remboursées ou non, est de 100€ par an et par personne ;
- utilisable à partir de la 3ème année d'ancienneté, le forfait chirurgie des yeux est de 800€ par personne, les forfaits optiques et lentilles remboursés au cours des 2 années précédentes sont déduits de ce celui-ci ;
- le remboursement des soins et prothèses Panier 100% santé est limité au HLF ;
- le remboursement des soins dentaires est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement de l'implantologie remboursée et de l'orthodontie remboursée est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des actes de détartrage est limité à 2 séances par an et par personne ;
- le remboursement des prothèses dentaires et des Inlay/Onlay est limité à 260% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le forfait pour l'implantologie et la parodontologie non remboursées est de 200€ par an et par personne ;

- le remboursement des Inlay/Onlay, des prothèses dentaires, et de l'implantologie, la parodontologie non remboursées est plafonné à 900€ par an, une fois ce plafond dentaire atteint, le remboursement des actes plafonnés est effectué à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des équipements auditifs Panier 100% santé est limité au PLV ;
- le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) et à 1700€ (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des piles et de l'entretien de l'appareil auditif est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- le remboursement des vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale est limité à 60€ par an et par personne.
- le remboursement des actes de prévention ou le sevrage tabagique remboursés par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse).

Risques exclus :

- les médicaments non prescrits ;
- les cures thermales.

24-6 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Bien-être

Ne sont garantis que les forfaits ou participations suivants :

- un forfait prévention Bien-être pour un montant maximal de 80€ par an comprenant le remboursement total ou partiel :
 - ✓ des dispositifs d'aide au sevrage tabagique remboursés ou non par la Sécurité sociale pour un montant maximum de 30€ par an ;
 - ✓ des produits et petit matériel de pharmacie destinés aux soins du corps tels que huile de massage, argile, bandes pour un montant maximum de 20€ par an ;
 - ✓ d'un bilan diététique et nutritionnel pour un montant total de 30€ par an ;
- le remboursement du montant de l'adhésion à un club sportif, à une association sportive, à une salle de sport ou à un événement sportif pour un montant maximum égal à 50% du montant total dans la limite de 30€ par an ;
- le remboursement des consultations auprès d'un psychologue ou des séances de sophrologie, acupuncture, kinésiologie, hypnose thérapeutique, ostéopathie, chiropraxie ou étioopathie est limité à quatre consultations ou séances par an. Le montant remboursé par consultation ou séance est limité à 25€. Si ces consultations interviennent dans le cadre du dispositif MonPsy, le remboursement intervient après remboursement du régime obligatoire.

24-7 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie hospitalisation accidentelle

Ne sont garantis que les frais de santé intervenus au cours d'une hospitalisation qui est une conséquence directe d'un accident corporels défini aux présentes conditions générales.

Limitations :

- pas de remboursement si pas de prise en charge sécu;
- pas de dispense d'avance de frais ;
- aucun remboursement qui dépasse 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse).

Exclusions :

- tous frais engagés en dehors d'une de la période d'hospitalisation ;
- la participation assuré (forfait actes lourds) ;
- les coûts liés à une chambre particulière ;
- forfait urgence;
- Les frais non remboursables par la Sécurité sociale;
- Les frais dont le taux de prise en charge par la Sécurité sociale est différent de 80%.

Article 25 : Caractère responsable ou non responsable des garanties frais de santé

En application des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, les garanties responsables respectent les prises en charges définies strictement par les articles R.871-1 et R.871-2 du même code et leurs textes d'application.

Conformément à la législation en vigueur relative aux contrats responsables, l'intégralité de la participation des assurés (c'est-à-dire du Ticket Modérateur) définie à l'article R.160-5 du Code de la Sécurité sociale est prise en charge, à l'exception de celle due au titre des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article (sauf si la prise en charge est expressément prévue dans le tableau de garanties) et sous réserve des périodicités de prise en charge fixées aux articles 13.2.2 et 13.2.4 ci-après).

Sont également prises en charge, dans le cadre de la réforme du « 100% Santé », selon les conditions et modalités définies aux présentes conditions générales, les équipements d'optique médicale, d'aide auditive et les frais de soins dentaires prothétiques.

Les garanties frais de santé dites responsables sont les suivantes :

- Les garanties frais de santé Protect 2, Protect 3, Protect 4 et Protect 5.

Les garanties frais de santé dites non responsables sont les suivantes :

- Les garanties frais de santé Protect 1 ;
- La garantie Bien-être.
- La garantie Hospitalisation accidentelle

Article 26 : Limitations et exclusions communes aux garanties frais de santé dites responsables

Ne sont pas pris en charge conformément à la réglementation concernant les garanties dites responsables :

1° la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;

2° les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 III du Code de la Sécurité sociale ;

3° la majoration de la participation des membres participants et leurs ayants droit visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non-désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;

4° les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la Sécurité sociale ;

5° tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge est exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application.

GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT ET GARANTIE CAPITAL BLESSURE

Article 27 : Nomenclature des garanties Individuelle accident et Capital blessure

Les garanties Individuelle accident sont les suivantes :

- Individuelle accident niveau 1 désignée par « Garantie IAN1 »
- Individuelle accident niveau 2 désignée par « Garantie IAN2 »
- Individuelle accident niveau 3 désignée par « Garantie IAN3 »
- Individuelle accident niveau 4 désignée par « Garantie IAN4 »

Il existe une unique garantie Capital blessure qui est désignée par « Capital blessure 1 ».

Article 28 : Objet des garanties Individuelle accident et Capital blessure

Les garanties Individuelle accident et Capital blessure sont destinées à couvrir les conséquences des dommages corporels subis par l'adhérent à la suite d'un accident corporel garantis. Ces garanties prévoient aux termes des présentes conditions générales, le versement d'un capital forfaitaire à la suite d'une atteinte à l'intégrité physico-psychique (AIPP) ou du décès d'un bénéficiaire.

Article 29 : Etendue territoriale

Les garanties Individuelle accident (IA) couvrent les accidents garantis intervenus sur le territoire français.

Article 30 : Dispositions communes concernant les garanties Individuelle accident et Capital blessure

L'accident corporel garantis est défini comme toute atteinte à l'intégrité physico-psychique (AIPP) du bénéficiaire dont le fait générateur est un accident corporel survenu durant la période couverte par la garantie et ayant entraîné, pour le bénéficiaire, une atteinte à l'intégrité physique-psychique (AIPP) ou le décès du l'adhérent.

Article 31 : Limitations et exclusions aux garanties individuelles accident et Capital blessure

31-1 : Limitations et exclusions communes aux garanties individuelles accident et Capital blessure

Sont exclus les atteintes à l'intégrité physique-psychique (AIPP) suivantes :

- les AIPP causées ou provoquées intentionnellement par l'adhérent;
- les AIPP dues à l'état alcoolique de l'adhérent, caractérisé par la présence d'alcool dans le sang et ce quel qu'en soit le taux ;
- les AIPP dues à l'usage par l'adhérent de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- les AIPP survenues lorsque le bénéficiaire présentait un taux d'alcoolémie supérieur à 0,50 gramme/litre de sang lors de la survenance du sinistre et ce qu'importe que le taux d'alcoolémie n'ait pas été la cause exclusive et/ou aggravante du sinistre ;
- les AIPP causées par le suicide ou la tentative de suicide du bénéficiaire ;
- les AIPP résultant de la participation du bénéficiaire à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense), à des crimes ;
- les AIPP résultant de la pratique d'un sport en tant que professionnel ainsi que de la participation même en tant qu'amateur à des courses de véhicules à moteur ou des tentatives de records ;
- les AIPP résultant de l'utilisation, comme pilote, ou membre d'équipage d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou de la pratique de tous les sports aériens et notamment du delta plane, du parachutisme, du parapente ou de l'ULM ;
- les AIPP survenues lorsque le bénéficiaire est passager d'un appareil de locomotion aérienne qui n'est pas agréé pour le transport de passagers ;
- les AIPP provoquées par la guerre étrangère – l'adhérent doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait ;
- les AIPP provoquées par la guerre civile - il appartient à la Mutuelle de faire la preuve que le sinistre résulte de ce fait ;
- les AIPP résultant de crise d'épilepsie, d'un infarctus du myocarde, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée,
- les AIPP dues aux effets d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou à l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio- isotopes.

31-2 : Limitations et exclusions communes aux garanties Individuelle accident

Sont exclus les accidents corporels ayant entraîné pour le bénéficiaire une atteinte à l'intégrité physique-psychique (AIPP) inférieure à 10%.

La perte anatomique de membres ou organes déjà perdus fonctionnellement avant l'accident ne peut donner lieu à indemnisation. Les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'accident ne sont indemnisées que par différence entre l'état avant et après l'accident. L'évaluation des lésions à un membre ou organe ne peut être influencée par l'état d'invalidité préexistant d'un autre membre ou organe.

Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même accident, les taux d'invalidité se cumuleront sans pouvoir dépasser 100%.

31-3 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Individuelle accident N1 (IA N1)

Le capital forfaitaire garanti est plafonné à 200€.

Sont exclus de la garantie les accidents corporels ayant entraîné le décès du bénéficiaire.

Les décès de l'adhérent est exclu de la garantie.

31-4 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Individuelle accident N2 (IA N2)

Le capital forfaitaire garanti est plafonné à 4 500€.

Sont exclus de la garantie les accidents corporels ayant entraîné le décès du bénéficiaire.

Les décès de l'adhérent est exclu de la garantie.

31-5 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Individuelle accident N3 (IA N3)

Le capital forfaitaire garanti est plafonné à 10 000€.

Sont exclus de la garantie les accidents corporels ayant entraîné le décès du bénéficiaire.

Les décès de l'adhérent est exclu de la garantie.

31-6 : Limitations et exclusions spécifiques à la garantie Individuelle accident N4 (IA N4)

Le capital forfaitaire garanti est plafonné à 40 000€.

Sont exclus de la garantie les accidents corporels ayant entraîné le décès du bénéficiaire.

31-7 : Limitations et exclusion spécifique à la garantie Capital blessure (Capital blessure 1)

Le montant total versé par bénéficiaire et par an ne peut dépasser 4 000€.

Sont exclus de la garantie :

- les brûlures superficielles et de 1er degrés ;
- les fissures et microfissures ;
- les luxations congénitales ainsi que celles liées à une altération mécanique d'un ou plusieurs disques intervertébraux (herni discale, discarthose) ;
- les fractures crâniennes en l'absence du port d'un casque par l'adhérent en opposition avec une réglementation en vigueur ;
- les évolutions de blessures antérieurs ou déjà existantes.

Article 32 : Déclaration d'un sinistre Individuelle accident

L'adhérent doit déclarer le sinistre auprès de la Mutuelle dans les trente jours ouvrés qui suivent la date à laquelle le sinistre est connu, sauf cas fortuit ou de force majeure.

La déclaration comprendra :

- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'accident, le nom des témoins et l'identité de l'autorité verbalisante si un procès-verbal initial est dressé ;
- le certificat médical initial décrivant les blessures.

L'adhérent qui intentionnellement fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper la Mutuelle, perd tout droit à la garantie pour le sinistre en cause.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration de ces éléments est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances :

- en cas de mauvaise foi, par la nullité du contrat ;
- si la mauvaise foi n'est pas établie, par une réduction de l'indemnité en fonction des cotisations payés par rapport aux primes qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés.

Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du sinistre et hâter le rétablissement de l'adhérent qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état.

Le médecin mandaté par la Mutuelle doit avoir libre accès auprès de l'adhérent pour constater son état. L'adhérent accepte que les informations médicales concernant son état de santé soient communiquées au médecin expert mandaté par la Mutuelle. Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, pourra générer une indemnisation proportionnelle au dommage subi par la Mutuelle qui incombera alors à l'adhérent. L'adhérent a la faculté de se faire assister du médecin de son choix. A défaut d'une déclaration dans les délais précités et dans le cas où la Mutuelle subit un dommage du fait de

l'absence de cette déclaration ou de son caractère tardif, la déchéance peut être opposée à l'adhérent si ce retard a causé un préjudice à l'assureur.

Article 33 : Déclaration de sinistre

Lorsqu'un bénéficiaire est victime d'un accident corporel garanti, l'adhérent doit déclarer son sinistre dans les trente jours ouvrés qui suivent la date à laquelle le sinistre est connu, sauf cas fortuit ou de force majeure selon les modalités suivantes :

- Par courrier à : UMGP – CS70010 – 13272 MARSEILLE CEDEX 08 ;
- Par le formulaire de contact : <https://www.umgp.fr/contact>.

Toute demande relative à la gestion ou au suivi de sinistre peut également être adressée par téléphone au : 09 71 09 10 16.

Le dossier de demande de remboursement doit contenir :

- une déclaration écrite et circonstanciée précisant les circonstances de l'accident, le nom des témoins ;
- un compte rendu de radiologie en cas de fracture ou de luxation ;
- un compte rendu médical en cas de brûlure ;
- une attestation médicale d'incapacité/invalidité mentionnant le taux d'AIPP en cas d'AIPP.

Article 34 : Montant des capitaux garantis et plafonds des garanties Individuelle accident (Tableau de garanties Individuelle Accident)

Le montant versé par la Mutuelle est forfaitaire et dépend du taux d'AIPP constaté et du niveau de garantie souscrit.

Taux d'AIPP	Capital garanti selon le niveau de garantie choisi			
	Garantie IAN1	Garantie IAN2	Garantie IAN3	Garantie IAN4
10% à 29% (inclus)	200 €	200 €	200 €	200 €
30% à 59% (inclus)		4 500 €	4 500 €	4 500 €
60% à 100% (inclus)			10 000 €	40 000 €
Décès	Non inclus	Non inclus	Non inclus	8 000 €

Le taux d'AIPP est fixé à dire d'expert inscrit auprès de la Cour d'Appel et en se fondant uniquement sur le Guide Barème Européen d'Évaluation Médicale des Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique, consultable via Internet sur www.heyeme.care.

Le taux d'AIPP est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état du bénéficiaire et au plus tard à l'expiration d'un délai de trois ans à partir de la date de l'accident. Pour les cas d'AIPP non prévus au Guide

barème européen précité, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le Guide barème européen. Les taux d'invalidité sont fixés en dehors de toute considération professionnelle ou scolaire.

Article 35 : Montant des capitaux garantis et plafonds de la garantie Capital blessure 1

TYPE AIPP	Membre concerné	Capital blessures garanti
Fractures	Col du fémur, bassin, colonne vertébrale (plus d'une vertèbre)	4 000 €
	Crâne, genou calcanéum, cheville, vertèbre, mâchoire inférieure, coude, épaule, jambe (tibia, péroné), omoplate, sternum, poignet, main (carpe), pied (tarse) fémur	1 300 €
	Mâchoire supérieure, coccyx, côte, clavicule, avant-bras, bras	500 €
Brûlures 2ème et 3ème degrés	Brûlure s'étendant sur une zone > à 18% du corps	2 000 €
	Brûlure s'étendant sur une zone > à 4% du corps	500 €
Luxations	Rachis	3 000 €
	Genou, hanche	1 500 €
	Poignet, épaule, cheville, coude, clavicule	400 €
Forfait orthèse et petits appareillages remboursés par la Sécurité sociale		30 €
Plafonds annuel	Toutes blessures confondues	4 000 €

Article 36 : La garantie « Pack Responsabilité Civile HEYME »

La garantie « Pack Responsabilité Civile HEYME » est composée :

- de la garantie Individuelle Accident, Garantie N1 (IA N1),
- de la garantie Responsabilité Civile dont la notice d'Information est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la Mutuelle auprès d'AXA France IARD),

- de la garantie Responsabilité Civile Médicale dont la notice d'Information est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la Mutuelle auprès d'AXA France IARD).

Tarif annuel (€), PACK	Pack RC
TARIF	12,00

Article 37 : La garantie « Pack Responsabilité Civile + HEYME »

La garantie « Pack Responsabilité Civile + HEYME » est composée :

- de la garantie Hospitalisation accidentelle consécutive à un évènement accidentel,
- de la garantie Individuelle Accident N2 (IA N2),
- de la garantie Responsabilité Civile dont la notice d'Information est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la Mutuelle auprès d'AXA France IARD),
- de la garantie Responsabilité Civile Médicale dont la notice d'Information est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la Mutuelle auprès d'AXA France IARD),
- de l'Assistance Rapatriement dont la notice d'Information est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la Mutuelle auprès de CHUBB European Group SE).
- de la téléconsultation médicale.

Tarif annuel (€), PACK	Pack RC+
TARIF	38,00

GARANTIES INCLUSIONS FRAIS DE SANTE A L'ETRANGER (OPTIONS INTERNATIONALES)

Article 38 : Nomenclature des garanties inclusions frais de santé à l'étranger (options internationales)

Les garanties inclusions frais de santé à l'étranger sont :

- la garantie frais de santé à l'étranger de niveau 1, possible renfort d'une garantie frais de santé, désignée « option internationale 1 » ;
- la garantie frais de santé à l'étranger de niveau 2, possible renfort d'une garantie frais de santé, désignée « option internationale 2 ».

Ces garanties sont ensemble désignées aux présentes conditions générales par « options internationales ».

Attention : les garanties santé à l'étranger commercialisées de façon autonome sous le nom World Pass ou World Pass Schengen font l'objet d'autres conditions générales spécifiques.

Article 39 : Objet des garanties options internationales

Les options internationales sont destinées à couvrir des adhérents habituellement résidents et couverts en France par des garanties frais de santé lors de courts séjours à l'étranger.

Article 40 : Etendue territoriale

Les options internationales sont acquises dans le monde entier à l'exception de la France métropolitaine et des pays suivants : Afghanistan, Biélorussie, Birmanie, Burkina Faso, Burundi, République Centrafricaine, Corée du Nord, Djibouti, Éthiopie, France, Irak, Iran, Israël, Libéria, Libye, Liban, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Palestine, Russie, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Syrie, Ukraine, Venezuela, Yémen.

Ainsi que tous les pays ou régions classés en zone rouge ou orange par le ministère des Affaires Etrangères français.

Article 41 : Dispositions générales concernant les options internationales

Les prestations couvertes par les options internationales

Conformément aux dispositions de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire. Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des sommes réellement engagées par le bénéficiaire ou par le biais du tiers payant au professionnel de santé. La Mutuelle intervient en complément des prestations servies par les régimes d'assurance maladie obligatoires ou sur des montants forfaitaires, indiqués aux tableaux des garanties.

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, l'adhérent (ou ayant droit) peut obtenir l'indemnisation en s'adressant auprès de l'organisme de son choix.

Les options internationales couvrent les frais médicaux et chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'examen de laboratoire et de radiologie restant à la charge de l'adhérent. Le taux de remboursement est exprimé en % des frais réels c'est-à-dire le montant effectivement resté à la charge de l'adhérent.

Les frais et prestations pris en charge, dès lors qu'ils sont consécutifs et directement causés par un accident corporel ou une maladie inopinée, sont :

Médecine hospitalière (100 % des frais réels) :

- consultations généralistes et spécialistes (hors celles des dentistes et des

- ophtalmologistes);
- frais de séjour et forfait hospitalier ;
- actes de chirurgie, actes d'anesthésie et de réanimation ;
- frais éventuels de salle d'opération ;
- actes d'auxiliaires médicaux ;
- actes d'analyses médicales et travaux de laboratoire ;
- actes d'imagerie médicale (radiographie, échographie, IRM etc.) ;
- frais pharmaceutiques ;
- frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation dans le cadre du présent contrat.

Médecine courante hors hospitalisation (100 % des frais réels) :

- consultations, visites généralistes et spécialistes (hors celles des dentistes et des ophtalmologistes) ;
- actes de petite chirurgie et actes de spécialiste ;
- actes d'auxiliaires médicaux ;
- actes d'analyses médicales et travaux de laboratoire ;
- actes d'imagerie médicale (radiographie, échographie, IRM etc.) ;
- médicaments sur prescription médicale.

Frais dentaires occasionnés par accident ou une urgence dentaire non consécutifs à un mauvais état préalable de la dentition ou des gencives (100 % des frais réels remboursés dans la limite d'un plafond de 300€) :

- consultations, visites des dentistes ;
- soins dentaires (hors prothèses et implants dentaires).

Frais ophtalmologiques occasionnés par un accident (traumatisme oculaire) ou par une urgence ophtalmologique non consécutifs à une pathologie préexistante, à un traitement de troubles de la vue ou au port d'un appareillage optique (100 % des frais réels remboursés dans la limite d'un plafond de 300€) :

- consultations, visites des ophtalmologistes ;
- soins ophtalmologiques (hors prothèses, implants, appareillage optiques et chirurgie laser).

Article 42 : Limitations et exclusions communes aux options internationales

42-1 : Prestations exclues

Sont toujours exclus les actes et soins suivants :

- les soins dentaires autres que ceux pratiqués dans le cadre d'une urgence dentaire telle que définie aux présentes conditions générales ;
- les soins, actes ou traitement ophtalmologiques autres que ceux pratiqués dans le cadre

- d'une urgence ophtalmologique telle que définie dans les présentes conditions générales ;
- les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux français (CCAM) ainsi que les actes non pris en charge ou ne faisant l'objet d'aucun tarif dans cette Classification ;
 - les soins médicaux non prescrits par une autorité médicale titulaire des diplômes ou autorisations requis dans le pays où elle exerce et où elle est légalement habilitée à la pratique de son art, ou ceux inutiles du strict point de vue médical ;
 - les actes et les soins prodigués qui sont pratiqués gratuitement en l'absence du présent contrat mutualiste ;
 - les actes de contraception et d'interruption volontaire de grossesse ;
 - les interventions médicales ou chirurgicales, réparatrices ou esthétiques (ou assimilables), de toute origine et de toute nature ;
 - les check-up, dépistages et bilans préventifs non motivés par l'un des risques couverts ;
 - les actes ou traitements expérimentaux ;
 - les cures thermales, de thalassothérapie et/ou de désintoxication ;
 - les traitements de lutte contre l'obésité, l'amaigrissement et le vieillissement ;
 - les traitements ou soins dentaires courants ou qui sont la conséquence d'un mauvais état préalable de la dentition ou des gencives ;
 - les traitements ou soins ophtalmologiques courants ou qui sont la conséquence d'une pathologie préexistante, d'un traitement de trouble de la vue ou du port d'un appareillage optique.

Sont toujours exclus les frais médicaux consécutifs :

- à l'insuffisance rénale,
- au diabète et à ses complications,
- aux maladies nerveuses et mentales,
- à l'épilepsie,
- aux malformations artérioveineuses et aux infarctus du myocarde,
- à l'alcoolisme et à la dépendance de l'adhérent à la consommation de toute drogue ou substance considérées comme toxiques aux doses ingérées, à leur prise en charge ainsi qu'à toutes conséquences neurologiques et psychiatriques,
- aux accidents vasculaires cérébraux hémorragiques ou ischémiques et leurs conséquences,
- aux dorsalgies, lombalgies, lombosciatiques, hernies discales intervertébrales et à toute maladie chronique du rachis cervico-dorso-lombosacré,
- aux hernies crurales, scrotales, inguinales, de la ligne blanche et ombilicales ainsi qu'à toute lésion
- chronique de la paroi abdominale.

Sont toujours exclus :

- les prothèses, orthèses (auditives, dentaires, oculaires, plantaires, de membres, etc.) et

- ortho- prothèses,
- les appareillages dentaires (appareil dentaire orthopédique, orthodontique, extra-oral, élastiques, gouttières, attelles, etc.) et ophtalmologiques (lunettes, lentilles de contact cornéennes, intraoculaires, etc.),
 - les appareillages tel que fauteuil roulant, béquilles, canne, déambulateur, lit médicalisé, etc.,
 - le matériel de contention,
 - les produits non médicamenteux d'usage courant tels que coton hydrophile, alcool, crème solaire, dentifrice, pansements, savon, parfum, shampooing etc.,
 - les frais annexes tels que le téléphone, la télévision en cas d'hospitalisation,
 - les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en maison de repos et/ou de convalescence, sauf lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation de plus de trente (30) jours ou une intervention chirurgicale lourde. En toute hypothèse, les frais d'hébergement ou de traitement sont limités à trente (30) jours,
 - les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de réadaptation ou de rééducation professionnelle (ou établissement assimilé),
 - les frais liés à l'assistance d'une personne dans ses activités quotidiennes, même si cette personne est déclarée en état d'invalidité temporaire ou permanente et, plus généralement, les frais relatifs à des soins de confort même s'ils sont prescrits par un médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical,
 - les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins,
 - les frais médicaux jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils sont engagés.

42-2 : Faits générateurs exclus

Sont exclus les frais de santé non directement consécutifs et causés par :

- un accident corporel tel que défini par les présentes conditions générales ;
- une maladie inopinée telle que définie par les présentes conditions générales et dont la prise en charge ne peut pas attendre le retour ou le rapatriement du bénéficiaire en France.

-

Sont toujours exclues les dépenses de santé qui ont pour origine directe ou indirecte les causes suivantes :

- la guerre civile ou étrangère, l'invasion, l'insurrection, la révolution, l'usurpation du pouvoir, le terrorisme etc. ;
- le contact ou la contamination par des substances dites nucléaires, biologiques ou chimiques,
- l'explosion d'engins et les effets nucléaires radioactifs ;
- les cataclysmes naturels, les épidémies et tous les cas de force majeure ;
- la participation de l'adhérent à des rixes, à des paris de toute nature, à des actes

- pénalement répréhensibles, à des manifestations ou à des évènements non autorisés ;
- l'absorption par l'adhérent de drogues ou de substances analogues, de médicaments ou de traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée ;
 - l'état de grossesse, les blessures ou les maladies préexistantes ou qui sont le fait volontaire de l'adhérent et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilations volontaires ;
 - Les maladies préexistantes, les conditions de santé préexistantes et leurs conséquences (sont préexistantes les blessures, maladies ou conditions de santé qui sont intervenues et/ou diagnostiquées et/ou traitées avant la date d'effet du contrat) ;
 - l'état alcoolique de l'adhérent, caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool égal ou supérieur à celui fixé par la loi française concernant la circulation automobile ;
 - la pratique par l'adhérent d'un sport à titre professionnel ;
 - la participation de l'adhérent à une course ou à une compétition nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien ou aquatique à moteur ;
 - la pratique par l'adhérent de tous les sports aériens et des sports dits dangereux et notamment : escalade, alpinisme, spéléologie, plongée sous-marine avec appareils autonomes, bull-riding, rugby, randonnée en haute montagne, hurling, ski hors-piste, hockey, big wave riding, tout sport de combat etc. ;
 - l'utilisation d'armes à feu par l'adhérent.

Article 43 : Limitations et exclusions spécifiques à chaque option internationale

43-1 : Limitation spécifique à l'option internationale 1

La durée cumulée de couverture à l'étranger est limitée à 30 jours par an.

43-2 : Limitation spécifique à l'option internationale 2

La durée cumulée de couverture à l'étranger est limitée à 90 jours par an.

Article 44 : Modalités de mise en œuvre des garanties options internationales

44-1 : Entente préalable

A la suite d'un accident ou d'une maladie inopinée garantis dont le traitement nécessite des actes ou des soins en série, et en l'absence de prise en charge, l'adhérent doit demander une entente préalable à la Mutuelle dans les mêmes conditions que la déclaration circonstanciée de sinistre.

La demande d'entente préalable mentionne les éléments suivants :

- les informations relatives aux médecins référents et le cas échéant les informations relatives à l'établissement de santé ;
- les types de soins, d'actes ou de traitements envisagés et les dates d'intervention ;
- le montant global estimé.

À défaut d'acceptation de l'entente préalable par la Mutuelle dans un délai de dix (10) jours, cette dernière est réputée refusée.

La demande d'entente préalable permet de vérifier a priori la recevabilité de la demande de remboursements de soins programmés par la Mutuelle par rapport aux garanties et aux exclusions. L'accord donné à la suite d'une demande d'entente préalable ne constitue qu'une présomption simple de recevabilité par rapport aux informations données et non un engagement de remboursement qui ne peut être donné qu'après réception de toutes les pièces justificatives.

L'équipe médicale de la Mutuelle peut contacter les médecins traitants et prendre les décisions les plus adaptées à l'état de santé de l'adhérent en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales. Si l'équipe médicale de la Mutuelle recommande un rapatriement ou une évacuation vers une structure médicale, ou un parcours de soins particulier, elle le fait en fonction des seuls impératifs médicaux retenus et dans le respect le plus strict des règles déontologiques. Le choix du parcours de soins, du rapatriement, du lieu d'hospitalisation, de la date et des moyens utilisés relèvent exclusivement de la décision de l'équipe médicale de la Mutuelle.

L'adhérent s'engage à accepter tout changement de centre hospitalier préconisé par les services de la Mutuelle.

TOUT REFUS DE LA SOLUTION PROPOSÉE PAR L'ÉQUIPE MÉDICALE DE LA Mutuelle ENTRAINE LA DÉCHÉANCE DE LA GARANTIE.

En cas d'absence de demande d'entente préalable ou de refus d'entente préalable, aucune demande de remboursement n'est acceptée par la Mutuelle. Si toutefois les pièces justificatives font apparaître l'impérieuse nécessité des soins pour l'adhérent, le strict respect des usages médicaux et le fait que l'absence d'accord préalable n'a aucunement été préjudiciable à la Mutuelle, le remboursement est accordé aux taux suivants* :

44-2 : Taux de remboursement dérogatoires hors entente préalable

	Taux normal	Taux hors entente préalable en cas d'accident ou de maladie nécessitant des actes médicaux en séries
Médecine hospitalière	100 % des frais réels	90 % des frais réels
Médecine courante hors hospitalisation	100 % des frais réels	90 % des frais réels
Frais dentaires	100 % des frais réels	90 % des frais réels
Frais ophtalmologiques	100 % des frais réels	90 % des frais réels

** dans la limite des frais engagés par l'adhérent*

44-3 : Déclaration de sinistre

A la suite d'un accident corporel ou d'une maladie inopinée garanti dont le traitement nécessite des actes ou des soins en série et en l'absence de prise en charge, l'adhérent doit transmettre une déclaration circonstanciée de sinistre à la Mutuelle dans un délai de cinq (5) jours.

Le délai de cinq (5) jours commence à courir le jour de l'accident ou le jour de la première consultation médicale donnant lieu à prescription des actes en série.

En cas d'impossibilité pour l'adhérent de déclarer son sinistre en raison d'une extrême urgence ou de son état médical, le délai commence à courir dès que l'adhérent est en capacité de déclarer son sinistre.

L'adhérent peut déclarer son sinistre directement par téléphone, par courrier ou par courriel.

Un numéro de sinistre est communiqué à l'adhérent dès l'enregistrement de la déclaration par la Mutuelle. La déclaration circonstanciée mentionne les éléments suivants :

- le numéro de contrat ou le nom, le prénom et la date de naissance de l'adhérent et éventuellement, de l'ayant droit concerné ;
- un numéro de téléphone et une adresse courriel permettant de joindre l'adhérent et éventuellement, l'ayant droit concerné ;
- la nature, les circonstances, la date et le lieu de survenance de l'accident ou de la maladie inopinée ;
- en cas d'accident le nom et l'adresse de l'auteur responsable et des témoins éventuels en indiquant si un procès-verbal a été établi par les autorités.

44-4 : Prise en charge

En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à vingt-quatre (24) heures et si le bénéficiaire en fait la demande, la Mutuelle prend directement en charge les frais d'hospitalisation.

La demande de prise en charge doit être réalisée auprès de la Mutuelle :

- par téléphone au 09 71 09 07 07 (du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00)

ou

- par courrier à l'adresse HEYME - Service Santé à l'étranger - CS 70028 – 13272 MARSEILLE CEDEX 08.

La demande de prise en charge vaut déclaration de sinistre et demande d'entente préalable pour les hospitalisations de plus de vingt-quatre (24) heures.

44-5 : Dossier de remboursement

Dans tous les cas, y compris en cas de prise en charge, l'adhérent s'engage à transmettre un dossier de remboursement complet à la Mutuelle dans les plus brefs délais et au plus tard un (1) mois après son retour en France.

Le dossier de demande de remboursement doit contenir :

- le formulaire de demande de remboursement dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la Mutuelle ou à solliciter par voie postale),

- les justificatifs des frais engagés :
 - ✓ l'original des factures de soins réalisés à l'étranger ;
 - ✓ si l'adhérent a utilisé sa Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM), un ticket attestant du solde restant à charge desdits frais de santé pour bénéficier d'une prise en charge ou d'un remboursement dans les mêmes conditions qu'un ressortissant du pays de destination ;
 - ✓ si une demande de remboursement a été faite auprès du centre payeur de l'adhérent à son retour en France et que le Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE) est donc intervenu, le décompte remis par l'assurance maladie ainsi que la copie des factures de soins acquittées ;
- en cas d'hospitalisation, la copie du compte rendu de ladite hospitalisation.

PARTIE 2 – NOTICES D'INFORMATIONS

POLICE D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE n° 1743420304

Police n° 1743420304 souscrite par SUD COURTAGE ET CONSEIL (« S2C ») - 432, Bd Michelet 13009 Marseille - Tel : 04 91 16 47 12 – Fax : 04 91 16 47 11 – E-mail : gestion@sud-courtage.fr - SARL au capital de 7 622,45 euros – RCS Marseille B 395 214 646 00022 - Code APE 672 Z – N° ORIAS : 07 030 727.

Assureur : AXA France IARD - 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex - SA au capital de 214 799 030 -722 057 460 RCS Nanterre. Conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances, la présente Notice a été établie par AXA France IARD en sa qualité d'assureur du contrat.

Article 1 : Définitions spécifiques à la Responsabilité civile

Accidents : événement soudain, imprévu et extérieur à la victime et à la chose endommagée constituant la cause de dommages corporels ou matériels.

Assuré : les adhérents des ORGANISMES MUTUALISTES HEYME tels que définis dans le préambule des présentes conditions générales qui ont adhéré à la présente police et pour lesquels la présente police est mentionnée au bulletin d'adhésion. Les enfants mineurs dédits adhérents, s'ils sont fiscalement à sa charge. Toutes personnes assurant la garde bénévole desdits enfants et seulement dans le cas d'un dommage causé par l'un de ces enfants.

Courtier : S2C – Sud Courtage et Conseil – 432, Bd Michelet – 13009 Marseille.

Domages :

- Corporels : toute atteinte corporelle subie par une personne physique.

- Matériels : détérioration ou destruction d'une chose ou substance, toute atteinte physique à un animal.
- Immatériels : préjudice pécuniaire résultant de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble, de la perte de bénéfice réel, lorsqu'ils sont directement consécutifs à un dommage corporel ou matériel garanti par ce contrat.

Domages exceptionnels : dommages résultant de l'action du feu, de l'eau, des gaz et de l'électricité, de la pollution, de l'effondrement des ouvrages ou constructions, des glissements de terrain, des avalanches, des intoxications alimentaires, de l'écrasement ou de l'étouffement dus à la panique, de l'utilisation des moyens de transports publics quels qu'ilssoient.

Franchise : la somme qui reste en tout état de cause à la charge de l'Assuré sur le montant de l'indemnité due par l'Assureur. La franchise s'applique par sinistre, quel que soit le nombre de victimes.

Nous : AXA FRANCE IARD

Sinistre : événement susceptible de mettre en jeu la garantie

Souscripteur : S2C – Sud Courtage et Conseil – 432, Bd Michelet – 13009 Marseille

Tiers : toute personne autre que l'assuré tel qu'il est défini ci-dessus,

- les ascendants ou descendants de l'Assuré responsable du sinistre. Toutefois, en cas de dommages subis par les membres de la famille ayant la qualité d'Assuré, ou les ascendants et descendants visés à l'alinéa précédent, la garantie s'applique aux prestations que la Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance pourrait réclamer au Souscripteur ou à toute autre personne assurée,
- les préposés de l'assuré responsable dans l'exercice de leurs fonctions sauf dans le cadre des recours de droit commun.

Article 2 : Préambule de la police n°1743420304

La présente police garantit l'Assuré tel qu'il est défini à l'article 1.

Les garanties prennent effet dès lors que la qualité d'adhérent d'une Mutuelle signataire est acquise. Pour les groupements d'assurés (clients de Mutuelles ou des cabinets captifs), les garanties sont acquises après déclaration par listing nominatif adressé au Courtier.

Les garanties du présent contrat ne seront plus acquises aux Assurés dès qu'ils cesseront d'être adhérents des Mutuelles signataires ou des groupements visés dans la définition de l'assuré, soit pour des raisons statutaires, soit pour non-renouvellement de leur cotisation.

Les évènements couverts par la police sont :

- les activités de la vie privée (y compris scolaires et universitaires),
- les activités sportives, à l'exception de celles exclues par ailleurs,
- les stages rémunérés ou non, conseillés ou ordonnés par l'établissement d'enseignement
- l'exercice occasionnel du baby-sitting et de cours particuliers
- la chasse sous-marine

Article 3 : Objet de la garantie Responsabilité civile

L'assureur garantit l'assuré contre les conséquences pécuniaires de la Responsabilité civile pouvant lui incomber en application des articles 1240 à 1243 du Code Civil en raison des dommages corporels, matériels et immatériels qui en sont directement la conséquence, causés aux Tiers au cours ou à l'occasion des activités définies ci-dessus et provenant du fait :

- de l'assuré.
- de son personnel domestique en service.
- des animaux domestiques lui appartenant ou dont il a la garde à titre gratuit.
- des choses lui appartenant ou dont il a la garde, notamment :
 - ✓ de l'usage des cycles sans moteur et de leurs remorques,
 - ✓ de tous véhicules mus à la main,
 - ✓ de remorques de camping ou de caravanes sauf lorsque, attelées ou non à un véhicule automobile tracteur, elles sont assujetties à l'obligation d'assurance automobile selon les termes des articles L211 -1 et suivants du Code des Assurances, de l'outillage et des appareils ménagers, de l'outillage de jardin avec ou sans moteur, sous réserve que ce matériel ne soit pas soumis à l'obligation d'assurance automobile,
 - ✓ de l'intoxication ou de l'empoisonnement causés par les boissons et aliments servis à sa table.
- de l'usage, à son insu ou à l'insu de son conjoint, par un de ses enfants mineurs d'un véhicule terrestre à moteur ne lui appartenant pas et dont il n'est pas gardien autorisé. Cette garantie s'applique également aux dommages subis par le véhicule. Dans tous les cas, la garantie s'applique tant aux dommages causés aux tiers qu'à ceux subis par le véhicule à la suite d'un accident. Toutefois, elle n'interviendra qu'en l'absence de tout contrat d'assurance relatif au véhicule considéré.
- de la pratique de tous les sports non exclus ci-après, même au cours de compétitions, pourvu qu'elles
- soient réservées à des amateurs.
- d'une personne qui lui prête assistance à titre gratuit, sous réserve toutefois que l'intervention de cette personne soit occasionnelle et inopinée.
- des dommages causés à un enfant dont il aurait la garde en qualité de simple particulier et à titre gratuit.
- Cette garantie est étendue à la pratique occasionnelle ou régulière du baby-sitting.

- des dommages occasionnés au matériel (animaux compris) dont il a l'usage, lorsque ce matériel lui est confié dans le cadre d'un stage de formation, rémunéré ou non, ordonné ou conseillé par l'établissement d'enseignement (y compris les stages de formation agricole).
- des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers, à l'occasion de ses activités de stagiaire qu'il est appelé à effectuer en sa qualité d'étudiant, y compris au cours de déplacements, notamment par les SAMU, SMUR, lors de convois sanitaires. La garantie s'applique également aux accidents de trajet.

Sont notamment considérées comme tiers les personnes physiques et morales de droit privé ou de droit public accueillant l'assuré (y compris leur personnel).

Il est précisé que nous renonçons au recours que, comme subrogé dans les droits de l'assuré, il serait en droit d'exercer contre ces personnes.

Article 4 : Objet de la garantie Défense recours

En cas de litige vous opposant à un tiers, l'Assureur garantit :

- la mise en œuvre, par les voies amiables ou judiciaires, des moyens nécessaires à la sauvegarde de vos droits et intérêts,
- la prise en charge, dans la limite de la garantie, du coût d'intervention de tout auxiliaire de justice, des frais et dépens, y compris les frais d'expertise qui vous incombent.

4-1 : Champ d'application

L'Assureur intervient :

- pour votre défense pénale, si vous êtes l'objet de poursuites ayant pour fait générateur un événement dont la garantie est prévue au contrat, ou à la suite d'un délit ou d'une contravention en matière de circulation des piétons et des bicyclettes sans moteur ;
- en recours amiable ou judiciaire à l'encontre du responsable identifié du dommage corporel ou matériel subi par vous, dès lors que ce préjudice est survenu dans le cadre de l'un des événements ou situations de la vie privée énumérés au paragraphe "Responsabilité civile", ou à la suite d'un dommage corporel subi par l'Assuré en tant que piéton du fait d'un véhicule terrestre à moteur dont il n'a ni la propriété, ni la conduite ni la garde, et dont il n'est pas le passager lors du sinistre.

4-1 : Débours pris en charge

A condition d'avoir donné son accord préalable sur l'engagement de ces frais, l'Assureur acquitte directement :

- les frais de constitution de dossier, à l'exception des frais engagés pour vérifier la réalité du préjudice ou en faire la constatation, - les honoraires d'experts judiciaires,
- les frais et honoraires des auxiliaires de justice.

4-2 : Libre choix de l'avocat

Si un litige implique l'intervention d'un avocat, vous pouvez le choisir parmi ceux inscrits au Barreau du Tribunal saisi, ou demander à l'Assureur de vous en proposer un.

4-3 : Divergences d'intérêts

En cas de désaccord entre vous et l'Assureur sur l'opportunité d'engager ou de poursuivre une action en justice, la procédure prévue par l'article L.127-4 du Code des assurances est appliquée ; en voici le résumé :

"Le différend est soumis à l'appréciation d'une tierce personne choisie d'un commun accord ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance. Sauf décision contraire, c'est l'assureur qui supporte, dans la limite de la garantie, les frais de cette procédure".

Les mêmes modalités sont appliquées en cas de survenance, entre vous et l'Assureur, de divergences d'intérêts au sens de l'article L.127-5 du Code des Assurances.

Article 5 : Exclusions aux garanties Responsabilité civile et Défense recours

5-1 : Exclusions à la garantie Responsabilité civile

Nous ne garantissons pas les dommages causés lors de la pratique :

- de la chasse, y compris la destruction d'animaux nuisibles lorsqu'elle relève du champ d'application
- de la RC chasse (MAIS LA CHASSE SOUS MARINE EST GARANTIE)
- de toute activité sportive exercée dans des associations, clubs, fédérations qui ont assuré leurs adhérents conformément à l'article L 321-1 du Code du sport,
- d'activités ne relevant pas de la vie privée qu'elles soient :
 - ✓ exercées ou non à titre temporaire,
 - ✓ exercées à titre lucratif ou syndical,
 - ✓ liées à une fonction publique ou d'organisation de manifestations ouvertes au public,
- de l'utilisation d'un Engin de Déplacement Personnel Mobile électrique (trottinettes, skates, hoverboards, gyropodes, gyroroues, etc...): Sont exclus tous dommages causés par la participation à des émeutes, manifestations, mouvements populaires, actes de terrorisme et sabotage.

Nous ne garantissons pas les dommages résultants :

- D'obligations contractuelles réalisées à titre onéreux (à l'exclusion du baby-sitting qui est garanti),
- De la pratique de tous sports à titre professionnel
- De toute activité professionnelle, y compris les accidents du travail, étant précisé que les accidents causés au cours de trajet pour vous rendre sur les lieux de l'établissement scolaire ou en stage, ne sont pas considérés comme résultant d'une activité professionnelle.

- De l'organisation et de la participation à toutes épreuves, concours, courses ou compétition, ainsi qu'à toutes épreuves préparatoires nécessitant une autorisation préalable ou soumise à une obligation d'assurance,
- De votre activité en qualité de tuteur ou curateur familial,
- De l'exercice d'une fonction publique, politique ou sociale ou de dirigeant d'Association.
- D'une activité d'assistante maternelle.

Nous ne garantissons pas les dommages causés par :

- Une personne assurée aux biens, objets ou animaux lui appartenant ou appartenant à une personne de son entourage,
- Les équidés ou les animaux non domestiques appartenant ou gardés par une personne assurée,
- Les chiens relevant des catégories 1 et 2 au sens de la loi relative aux animaux dangereux (article L 211-12 du Code Rural),
- Les armes à feu et leurs munitions de catégorie A ou B dont la détention est interdite et dont vous seriez sciemment possesseur ou détenteur sans autorisation préfectorale.
- Tout voilier de plus de 6 m ou tout bateau à moteur de plus de 6 CV ou tout véhicule nautique à moteur tels que jet ski, jet à bras, scooter et moto des mers,
- Tout véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance automobile dont l'assuré est propriétaire, gardien ou locataire, y compris :
 - ✓ les remorques attelées ou non attelées si leur poids est supérieur à 750 kg,
 - ✓ les caravanes,
 - ✓ tout autre appareil terrestre lorsqu'il est attelé à un véhicule,
- Les appareils de navigation aérienne et engins aériens, autres que les engins d'aéromodélisme jusqu'à 5 kg et 10 cm³ dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable ont la propriété, la conduite ou la garde.

Nous ne garantissons pas les dommages :

- Causés aux biens confiés, loués ou empruntés par une personne assurée,
- Causés dans le cadre des stages d'études lorsqu'ils ont pour origine des actes prohibés par la réglementation en vigueur ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire.
- Causés aux biens ou animaux, dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable avez la propriété, l'usage ou la garde (sauf dans le cadre des stages).
- Matériels et immatériels consécutifs causés par les eaux, un incendie ou une explosion s'ils résultent de sinistres ayant pris naissance dans les locaux ou caravane dont vous êtes propriétaire, locataire ou occupant à titre quelconque.

5-2 : Exclusions à la garantie Défense recours

Outre les exclusions générales du contrat et celles spécifiques à la garantie Responsabilité civile, l'extension Défense et Recours ne s'applique pas aux :

- Litiges dont l'intérêt financier en principal porte sur un montant inférieur à 225 euros

- Montants des condamnations tant civiles que pénales ;
- Litiges relevant d'un acte intentionnel ou de la procédure dite des « amendes de composition » ;
- Litiges dont le fait générateur est survenu soit avant la prise d'effet du contrat, soit après la date de prise d'effet de la résiliation, soit au cours d'une période de suspension des garanties;
- Litiges de mitoyenneté ;
- Litiges découlant d'opération de construction, de restauration ou réhabilitation immobilières dans les risques assurés ou dans les risques voisins ;
- Litiges intervenant dans le cadre d'une succession, d'une cessation d'indivision, d'une opération de partage familial ;
- Litiges provoqués par une interruption d'activité, une dissolution de société ou d'association; procédures engagées sans l'accord préalable de l'assureur.

Article 6 : Tableau des garanties Responsabilité civile et Défense recours (sauf Responsabilité civile médicale)

TABLEAU DE GARANTIES (sauf RC médicale)	MONTANTS	FRANCHISES
Dommages corporels	20 000 000,00 €	néant
Dommages exceptionnels	4 575 000,00 €	néant
Intoxication alimentaire	763 000,00 €	néant
Dommages matériels et immatériels	763 000,00 €	91,00 €
Dommages aux biens confiés lors de stages (y compris dommages immatériels consécutifs)	15 250,00 €	121,00 €
Dommages au matériel informatique confié par les Universités et Facultés (à l'exclusion du vol et de la perte)	2 500,00 €	150,00 €
Dommages au matériel non informatique confié par les écoles des Beaux-arts (à l'exclusion du vol et de la perte)	8000,00 €	150,00 €
Défense recours	compris dans les montants ci-dessus	Seuil d'intervention : 225 €

Article 7 : Responsabilité civile médicale (RC médicale)

7-1 : Objet de la garantie Responsabilité civile médicale

Les garanties du contrat sont étendues aux conséquences pécuniaires de la Responsabilité civile pouvant incomber à l'assuré en raison des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers au cours de toutes activités liées à l'exercice de professions médicales, chirurgicales et paramédicales.

Ces dommages sont couverts dans le cadre de stages, gardes, soins, imposés ou non, rémunérés ou non, en externat ou internat, que l'assuré pourra effectuer dans un service hospitalier, une clinique ou auprès d'un professionnel exerçant en libéral, dans la limite des actes qu'il est légalement autorisé à pratiquer. Sont notamment garanties les activités de dissection et les travaux pratiques d'anatomie.

Cette extension de garantie est acquise uniquement pour les assurés inscrits dans l'une des quatre premières années d'études en : Médecine, Pharmacie, Orthophonie, Orthoptie, Kinésithérapie, Dentaire, écoles d'infirmiers, Puéricultrices, Aide-soignante, Manipulateurs radios, préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'État de pédicure-podologue (DEPE), préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'État d'audioprothésiste, à l'exclusion de tout autre.

Les garanties sont accordées jusqu'à la cinquième année d'études pour les disciplines suivantes : psychologie, pharmacie et sage-femme.

Les garanties sont accordées jusqu'à la sixième année d'études pour les disciplines suivantes :

- Ostéopathes
- La préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.
- La préparation universitaire ou en école privée au diplôme d'État en Psychomotricité.

7-2 : Montants garantis, plafonds et franchises de la RC médicale

Dommages corporels : 6 100 000 € - Franchise néant Intoxication alimentaire : 6 100 000 € - Franchise néant Dommages matériels et immatériels : 458 000 € - Franchise 45 € Défense : comprise dans les montants ci-dessus

Recours : 15 250 € - Seuil d'intervention : 305 €

7-3 : Extensions de la RC médicale

La Responsabilité civile du fait des salariés et préposés légalement autorisés.

Pour les fonctions hospitalières : la garantie est étendue à la responsabilité que l'assuré peut encourir à titre personnel dans le cadre de ses fonctions hospitalières au sein d'un établissement

publie à la suite d'une faute détachable de ses fonctions.

7-4 : Période garantie

La garantie s'applique aux réclamations formulées à quelque époque que ce soit, dans la mesure où elles se rattachent à des faits survenus entre les dates de prise d'effet et de cessation du contrat.

7-5 : Inopposabilité des déchéances

Aucune déchéance motivée par un manquement de l'assuré à ses obligations commises postérieurement au sinistre n'est opposable aux personnes lésées ou à leurs ayants droit. AXA FRANCE conserve néanmoins la faculté d'exercer contre l'assuré une action en remboursement de toutes les sommes qu'elle aura payées ou mises en réserve à sa place.

7-6 : Délai de règlement

Le paiement des indemnités intervient dans les 15 jours suivant l'accord amiable ou la décision judiciaire exécutoire. En cas d'opposition, ce délai ne court qu'à compter du jour de la mainlevée.

7-7 : Exclusions à la garantie Responsabilité civile médicale

Outre les exclusions prévues dans le cadre de la garantie Responsabilité civile Familiale, sont exclus de la présente extension de garantie :

- les dommages résultant d'actes professionnels prohibés par les dispositions légales ou réglementaires, ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire.
- les conséquences de faits antérieurs à la présente extension et les actions engagées à leur sujet
- la faute intentionnelle de l'assuré, sauf recours intenté par la Sécurité sociale en vertu des articles L 452-2, L 452-5 du Code de la Sécurité sociale.
- les dommages engageant la responsabilité de l'assuré à l'égard de personnes se prêtant à des recherches biomédicales lorsque la responsabilité de l'assuré est recherchée à titre de promoteur (loi du 20/12/1988).
- les dommages résultant de la prescription de spécialités pharmaceutiques n'ayant pas obtenu le visa légalement exigé.
- les conséquences d'un acte à finalité purement esthétique.
- les dommages qui proviendraient directement ou indirectement de :
 - ✓ fourniture de sang ou de tous produits dérivés de celui-ci et de toutes sécrétions ou cellules humaines effectuées pour le compte et/ou dans le cadre de tout service ou organisme chargé de cette activité,
 - ✓ activités consistant à concevoir, étudier, créer de nouveaux médicaments, équipements, produits destinés à tous usages de soins ou de cosmétique ainsi que toutes expérimentations et tests associés.

- les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosions ou irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de radioactivité, accélération artificielle des particules.

L'assuré est cependant garanti en cas d'usage médical de la radioactivité en sa qualité d'utilisateur de substances radioactives et des installations les contenant, de propriétaire ou gardien de substances radioactives et des installations les contenant lorsque l'activité « corrigée » des substances radioactives se trouvant ensemble dans un même établissement ne dépasse pas un curie.

- les conséquences d'engagements contractuels dans la mesure où elles excèdent celles auxquelles serait tenu l'assuré en vertu des textes légaux ou réglementaires sur la Responsabilité civile.
- les dommages matériels et dommages immatériels qui ne sont pas la conséquence de dommages corporels, subis par les assurés lorsqu'ils ont la qualité de tiers entre eux.
- les conséquences pécuniaires de la responsabilité incombant à l'assuré du fait des dommages qui trouvent leur origine dans un dysfonctionnement provenant ou affectant des matériels électroniques ou informatiques, dès lors que ce dysfonctionnement est imputable au codage ou à la gestion des dates.

7-8 : Défense et recours en lien avec l'extension RC médicale

En cas d'action mettant en cause une responsabilité assurée par la présente extension :

- devant les juridictions civiles, commerciales, ou administratives, Axa France, dans la limite de sa garantie, assume la défense de l'assuré, dirige le procès et exerce toutes voies de recours,
- devant les juridictions pénales : si la ou les victimes n'ont pas été désintéressées, Axa France a, dans la limite de sa garantie, la faculté, avec l'accord de l'assuré, de s'associer à sa défense sur le plan pénal. A défaut de cet accord, Axa France peut néanmoins assumer la défense des intérêts civils de l'assuré.

Axa France peut exercer toutes voies de recours au nom de l'assuré, y compris le pourvoi en cassation, lorsque l'intérêt pénal de l'assuré n'est plus en jeu. Dans le cas contraire, elle ne peut les exercer qu'avec l'accord de l'assuré.

Axa France choisit les auxiliaires de justice à qui sont confiés les dossiers et les rémunère en totalité. Si l'assuré avait l'intention de choisir lui-même ses auxiliaires, il devrait en aviser Axa France :

- si Axa France accepte : elle prendra en charge les frais et honoraires de ces conseils sur production des pièces justificatives dans la limite de 4 600 Euros TTC par sinistre.
- si Axa France fait intervenir ses conseils aux côtés de ceux de l'assuré, ce dernier fera son affaire personnelle des frais et honoraires des conseils qu'il aura choisis.

7-9 : Protection juridique professionnelle

Ce contrat garantit la protection juridique, c'est à dire la prise en charge de tout litige entendu comme une situation conflictuelle conduisant l'assuré devant une juridiction, pour y faire valoir un droit, résister à une prétention ou s'y défendre, lorsque le litige résulte de l'activité faisant l'objet de la présente extension.

En cas de décès de l'assuré, Axa France poursuit et soutient jusqu'à leur liquidation les actions engagées du vivant de l'assuré. L'assistance d'Axa France est accordée au conjoint et aux héritiers, à condition qu'ils se conforment aux mêmes obligations que celles incombant à l'assuré pour tout procès en demande ou en défense fondé sur des faits antérieurs au décès.

Procédure : l'assuré doit obtenir l'accord d'Axa France relatif au litige auquel il est confronté. Il peut faire appel à l'avocat de son choix. S'il choisit l'un des avocats correspondants de Axa France, celle-ci prend en charge la totalité de ses frais et honoraires.

Si l'assuré choisit un avocat personnel, Axa France lui rembourse les frais judiciaires sur présentation des pièces justificatives et des mémoires d'honoraires d'avocat, d'huissier, dans un délai de deux mois de la production desdites pièces dûment taxées, et moyennant les sommes maximum suivantes TTC prévues au barème ci-après :

- référé : 382 €
- jugement de 1ère instance ou transaction en cours de procédure : 1150 €
- décision d'appel : 1220 €
- procédure en cours de cassation, Conseil d'État ou juridiction européenne : 1530 €

En cas de prétention insoutenable en fait ou en droit, lorsque les frais envisagés sont hors de proportion avec l'intérêt pécuniaire du litige ou lorsqu'elle juge raisonnable les offres de l'adversaire, Axa France peut à tout moment refuser ou retirer son appui dans une procédure par décision motivée.

En cas de pareil désaccord entre Axa France et l'assuré pour régler un différend, cette difficulté pourra être soumise à l'appréciation d'un arbitre désigné d'un commun accord par les deux parties, ou, à défaut par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge d'Axa France ; sauf si le Président du TGI en décide autrement (mise en œuvre abusive).

En tout état de cause, l'assuré conserve la pleine liberté d'action. S'il obtient une solution plus favorable que celle proposée par Axa France ou l'arbitre, Axa France lui rembourse les frais exposés pour l'exercice de cette action, dont le montant n'a pas été supporté par l'adversaire, dans la limite du montant de la garantie.

D'une manière générale, l'assuré a la liberté de choisir un avocat ou une personne qualifiée pour l'assister à chaque fois que survient un conflit d'intérêt entre lui-même et Axa France.

Exclusions supplémentaires propres à la Protection juridique : outre les exclusions prévues dans le cadre de la garantie Responsabilité civile, restent exclus :

- les litiges dont la valeur pécuniaire est inférieure à 305 euros
- les amendes de toute nature
- les actions en recouvrements d'honoraires ou de créances

Obligations de l'assuré

Si les risques garantis par ce contrat viennent à être couverts par une autre assurance, l'assuré doit obligatoirement le déclarer à AXA FRANCE, en identifiant l'autre assureur et en détaillant le montant des garanties souscrites. En cas de sinistre, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation des dommages en s'adressant à l'assureur de son choix.

Article 8 : Dispositions diverses de la police n°1743420304

8-1 : Étendue territoriale de la police n°1743420304

Les garanties Responsabilité civile et Défense Recours s'exercent dans le monde entier, à l'exclusion des États

Unis et du Canada en ce qui concerne la RC médicale et la Protection Juridique médicale.

Pour les adhérents dont la nationalité est celle d'un pays ne faisant pas partie de l'Union Européenne, les garanties du présent contrat ne sont pas acquises pour tout sinistre survenu en dehors du territoire de l'Union Européenne.

8-2 : Période de garantie de la police n°1743420304

La garantie s'applique aux sinistres dont le fait générateur se situe pendant la période de validité du contrat.

POLICE D'ASSURANCE ASSISTANCE RAPATRIEMENT n°5140740

Police collective 5 140 740 / adhésion UMGP

Assureur : Chubb European Group SE, entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374. Courtier : S2C – Sud Courtage et Conseil (SARL de courtage d'assurances au capital de 7 622,45 € – Siège social : 432, Bd Michelet 13009 Marseille – ORIAS : 07 030 727 -RCS Marseille B 395 214 646 00022).

Conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances, la présente Notice a été établie par CHUBB European Group SE, en sa qualité d'assureur du contrat.

Article 1 : Définitions et conditions d'accès aux prestations de la police collective n°5140740

Assureur : Chubb European Group SE. SOUSCRIPTEUR

Assurés : Les adhérents des Mutuelles ayant adhéré à la présente police groupe. Sont concernés tous les adhérents qui ont souscrit l'une des garanties mutualistes proposée par la MEP

Bénéficiaire : La personne qui reçoit de l'Assureur les sommes dues au titre des sinistres. En cas de décès de l'Assuré, à moins qu'une autre personne n'ait été désignée par l'Assuré, le Bénéficiaire est le conjoint survivant, ni divorcé ni séparé de corps judiciairement et à défaut ses ayants droit. Dans les autres cas, les sommes dues seront payées à l'Assuré. Sont exclues du bénéfice de l'assurance, les personnes qui auraient volontairement provoqué l'Accident.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un Assuré et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle, sous réserve des exclusions énumérées ci-après.

Sont assimilés aux accidents :

- Les infections causées directement par un accident garanti, à l'exclusion de toute infection résultant de l'intervention humaine après un accident garanti.
- Les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives.
- L'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs.
- La noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté. Les gelures, coups de chaleur, insolation ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, avalanche, et inondation.
- Les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont l'Assuré serait victime sauf s'il est prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements.

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

Déchéance : Privation du droit aux sommes prévues dans le contrat par suite du non-respect par l'Assuré de certaines obligations qui lui sont imposées.

Territorialité : Les prestations d'assistance s'appliquent à l'occasion de déplacements de loisirs sans franchise kilométrique dans le monde entier à l'exclusion des pays en état de guerre ou d'instabilité politique notoire ou qui restreignent strictement la libre circulation des personnes dans leur territoire.

Sont exclus du présent contrat les événements survenus dans le pays dont est ressortissant un bénéficiaire de nationalité étrangère résidant en France et dans le pays de deuxième nationalité pour un bénéficiaire ayant une double nationalité dont celle française et résidant en France.

Champ d'application : Les prestations d'assistance aux personnes s'appliquent lorsque vous voyagez ou êtes en déplacement pour une durée maximum de 120 jours consécutifs et ce pour des voyages ou déplacements de loisirs à l'exclusion de tout déplacement à caractère professionnel.

Les stages sont couverts dans la mesure où ils sont conseillés ou ordonnés par l'établissement scolaire ou universitaire dont dépend le bénéficiaire qu'ils soient rémunérés ou non.

Hospitalisation : Toute hospitalisation prescrite par un médecin consécutive à un accident ou à une maladie survenant inopinément.

Mise en œuvre du service : Le service est accessible par téléphone 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 à l'exception des prestations d'informations accessibles du lundi au samedi de 9H à 19H.

Article 2 : Les prestations d'assistance

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

2-1 : ASSISTANCE AUX PERSONNES

Transport / Rapatriement

Procédure préalable :

La maladie ou les blessures doivent impérativement être signalées de manière préalable à CHUBB ASSISTANCE qui se chargera alors d'organiser le meilleur parcours de santé possible de l'Assuré et notamment son transport. À cet égard, CHUBB ASSISTANCE se réserve le droit de demander le titre de transport de la personne concernée.

Mise en œuvre :

Le mode d'évacuation de la personne malade ou blessée, la date et le lieu de son hospitalisation, choisis et à la charge de CHUBB ASSISTANCE, sont adaptés en fonction de la gravité du cas.

Le seul critère retenu pour ce choix est le critère médical.

Présence hospitalisation

Vous êtes hospitalisé sur le lieu de votre maladie ou de votre accident et nos médecins ne préconisent pas un transport avant 10 jours : nous organisons et prenons en charge le déplacement aller et retour par train en première classe ou avion de ligne en classe économique d'une personne choisie et résidant en France pour lui permettre de se rendre à votre chevet. Nous prenons également en charge les frais d'hôtel de cette personne sur place, à concurrence de 46 € T.T.C. par nuit pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner).

Cette personne doit :

- Être domiciliée en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco ou d'Andorre si vous y êtes domicilié,

- Être domiciliée dans le même département ou territoire d'Outre-Mer que vous si vous êtes domicilié dans les DOM-TOM.

Prolongation de séjour

Nous organisons et prenons en charge vos frais de prolongation de séjour à l'hôtel et d'une personne bénéficiaire demeurant à votre chevet si vous ne pouvez entreprendre votre retour à la date prévue pour des raisons médicales validées par notre service médical.

Nous prenons en charge les frais d'hôtel à concurrence de 46 € TTC par nuit et par personne pour vous et votre accompagnant pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner). Les prestations « retour d'un accompagnant », « présence hospitalisation » et « prolongation de séjour » ne sont pas cumulables entre elles.

Frais de secours sur piste

Lorsque vous êtes accidenté sur une piste de ski balisée ouverte aux skieurs au moment de l'accident nous prenons en charge les frais de secours sur piste de l'accident jusqu'au centre de soins le plus proche à concurrence de 381€. Les frais de recherche en montagne s'il y a lieu restent à votre charge.

Remboursement complémentaire des frais médicaux

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement hors de France : nous remboursons, à hauteur de 5.336 € TTC et de 76.225 € TTC pour les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, le Japon et l'Asie du Sud Est par bénéficiaire et pendant la durée de validité du contrat le montant des frais médicaux engagés hors de France et restant à votre charge après remboursement effectué par la Sécurité sociale, la Mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance.

Une franchise de 31 € par bénéficiaire et par événement est appliquée dans tous les cas.

Les soins dentaires sont remboursés dans les mêmes conditions avec un plafond de 77 € TTC.

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

Avance des frais d'hospitalisation

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

- Pour des soins prescrits en accord avec nos médecins,

- Tant que vous êtes jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre transport.

2-2 : ASSISTANCE EN CAS DE DECES

Quel que soit le prix (exception faite des frais de cercueil garantis à hauteur de 458 € TTC), CHUBB ASSISTANCE assure le transport du corps et les frais funéraires induits par le rapatriement et ce jusqu'au lieu d'inhumation devant se situer en France.

2-3 : AIDE AU VOYAGE

Avance de fonds à l'étranger

Une avance de fonds d'un montant pouvant atteindre 2.287 € est proposé à l'assuré par CHUBB ASSISTANCE, après son accord préalable et contre un chèque certifié en cas de vol de vos moyens de paiement (carte(s) de crédit, chéquier(s))

Envoi de médicaments

Si en cours de déplacement à l'étranger l'assuré est dans l'impossibilité de trouver des médicaments indispensables à son traitement ou d'obtenir leur équivalent, CHUBB ASSISTANCE met tout en œuvre afin d'acheminer ces médicaments, dont le coût reste dans tous les cas à la charge de l'assuré.

2-4 : PROCEDURE JUDICIAIRE A L'ETRANGER

Une assistance juridique est proposée à l'assuré en cas de poursuites judiciaires dont il fait l'objet et résultant d'un accident de la circulation intervenu à l'étranger. Dans ce cas, CHUBB ASSISTANCE avance les honoraires d'avocat à concurrence de 1.525 € maximum et la caution pénale à concurrence de 7.623 € TTC maximum, dont le remboursement devra intervenir dans un délai de trois mois à compter du jour de l'avance.

Article 3 : Exclusions et circonstances exceptionnelles de l'assistance rapatriement

3-1 : Exclusions aux garanties d'assistance rapatriement

Sont exclus :

- Les frais engagés sans notre accord préalable ou dont la prise en charge n'est pas prévue par la présente convention d'assistance,
- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité des contrats,
- Les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions motorisées (ou leurs essais) lorsque vous y participez en qualité de concurrent

- Les maladies ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
- Les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement,
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
- L'organisation et la prise en charge du Transport/Rapatriement pour des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,
- Les conséquences de l'usage de drogue, stupéfiants ou produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif d'alcool,
- Les conséquences d'actes intentionnels de votre part ou les Conséquences d'actes dolosifs, tentatives de suicide ou suicide
- Les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 28ème semaine, les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse,
- Les situations liées à des faits de grève,
- Les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
- Les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie ou à un accident survenu hors de France,
- Les frais d'optique (lunettes ou verres de contact par exemple),
- Les frais liés aux appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires notamment),
- Les frais d'annulation de séjour,
- Les frais de cure thermale,
- Les frais liés à des interventions à caractère esthétique,
- Les frais de séjour en maison de repos,
- Les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
- Les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination,
- Les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- Les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- Les frais médicaux engagés en France,
- Les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer ou dans le désert,
- Les frais de secours hors piste de ski,
- Les frais de restaurant,
- Les frais de douane,
- Les dommages survenus aux bénéficiaires se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire.

3-2 : Les circonstances exceptionnelles

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

Article 4 : Subrogation

Conformément à l'article L121-12 du code des assurances, l'Assureur est subrogé à concurrence des indemnités payées et des services fournis dans vos droits et actions ou ceux de votre représentant contre toute personne responsable des faits ayant nécessité son intervention.

Dans le cas où il s'avérerait à posteriori que l'Assureur aurait été amenée à déclencher une intervention alors que vous n'étiez plus ou pas bénéficiaire, les frais engagés vous seraient refacturés, de même si vous aviez volontairement fourni de fausses informations sur les causes vous amenant à demander l'intervention de l'Assureur alors que les faits réels n'auraient pas dû donner droit à l'intervention de l'Assureur.

Article 5 : Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat d'assurance sont prescrites à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions prévues aux articles L.114-1 à L.114-3 et L.145-9 du Code des assurances.

Article L 114-1 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'assuré 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, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

N.B : Par dérogation à l'article L. 114-1, pour la mise en œuvre des opérations relevant de l'article L.145-1 du Code des assurances, (notamment contrats groupe souscrits par un employeur en vue de couvrir les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité) la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail. »

Article L 114-2 du Code des assurances : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L 114-3 du Code des assurances : « Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

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

Article 2240 du Code civil : « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il* prescrivait interrompt le délai de prescription. »

Article 2241 du Code civil : « La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

Article 2242 du Code civil : « L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

Article 2243 du Code civil : « L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

Article 2244 du Code civil : « Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

Article 2245 du Code civil : « L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui

contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

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

Article 2246 du Code civil : « *L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »*

Article 6 : Modalité de demande d'assistance rapatriement

- 1) Téléphoner ou télexer à CHUBB Assistance aux numéros suivants : Téléphone : 33 1 44 85 47 85
Télex : 650 254 F Télécopie : 33 1 40 25 52 62
- 2) Préciser impérativement : Votre numéro de convention d'assistance : 620 328 / Contrat 5140740.
- 3) Vous conformer aux solutions que nous préconisons.
Toute dépense engagée sans l'accord préalable CHUBB ASSISTANCE ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.