



NOTICE D'INFORMATION

RELATIVE AU CONTRAT N° 2 1 012 190/ENS01_1

MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITÉ

PAYPAL FRANCE SAS

CATEGORIE DE PERSONNEL ASSURE : ENSEMBLE DU PERSONNEL

NOTICE D'INFORMATION MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE

ARTICLE 1 - DEFINITIONS.....	3
ARTICLE 2 - RADIATION DES ASSURES	4
ARTICLE 3 - PRESCRIPTION	5
ARTICLE 4 - SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	5
ARTICLE 5 - RECLAMATION - MEDIATION	5
ARTICLE 6 - FORMALITES EN CAS DE SINISTRE	6
ARTICLE 7 - REVISION DE L'ASSURANCE	6
ARTICLE 8 - CONDITIONS DES GARANTIES.....	7
ARTICLE 9 - NIVEAU DES GARANTIES.....	7
ARTICLE 10 - DISPOSITIONS RELATIVES AU TIERS PAYANT	13
ARTICLE 11 - CONTRAT RESPONSABLE	13
ARTICLE 12 - DROIT AU MAINTIEN DE LA COUVERTURE « MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE » EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL EN APPLICATION DE L'ARTICLE L911-8 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE	13
ANNEXE I - GLOSSAIRE	15
ANNEXE II - ASSISTANCE.....	16

NOTICE D'INFORMATION AU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE A ADHESION OBLIGATOIRE

Le bénéfice du contrat d'assurance n° 2 1 012 190/ENS01_1 est subordonné au respect des formalités d'affiliation définies au contrat. Celui-ci a pour objet la prise en charge de remboursements de frais médicaux, chirurgicaux ou de maternité au profit des salariés de l'ensemble du personnel, dans les conditions décrites à la présente notice d'information.

INTRODUCTION

Les informations à caractère personnel recueillies par la Compagnie sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes de souscription ou de gestion du présent contrat. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978.

Toutefois, conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal. Ces données ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, la Compagnie peut être amenée à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

Vous pouvez également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, supprimer, vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales.
Ces droits peuvent être exercés en écrivant à :

Generali Vie, Direction de la Conformité
7, boulevard Haussmann
75440 Paris Cedex 09.

Les informations personnelles y compris celles recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du code pénal, pourront être utilisées par la Compagnie pour des besoins :

- de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement,
- d'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme,
- de prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'assuré à la prospection conformément aux exigences légales.

Cas spécifique de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8, rue Vivienne, 75002 Paris.

ARTICLE 1 - DEFINITIONS

1) L'ASSURE

Désigne le salarié de l'entreprise contractante appartenant à la catégorie de personnel assuré et affilié au contrat.

2) LES BENEFICIAIRES

Outre les assurés définis à la catégorie de personnel assuré, sont également considérés comme "bénéficiaires", s'ils sont affiliés :

- le conjoint à charge de l'assuré au sens de la Sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale ou d'un autre régime,
- en l'absence de conjoint, le concubin à charge au sens de la Sécurité sociale ou, sous réserve d'une attestation sur l'honneur de vie maritale, le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale, est assimilé au conjoint,
- le partenaire lié par un PACS est assimilé au conjoint,
- les enfants légitimes, reconnus, adoptifs, pupilles de la nation, à charge fiscale de l'assuré affilié ou remplissant l'une des conditions suivantes :
 - d'être âgés de moins de 20 ans,
 - d'être âgés de moins de 28 ans et de poursuivre des études secondaires ou supérieures entraînant ou non l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des Étudiants,
 - d'être âgés de moins de 28 ans, sous contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance,
 - d'être âgés de moins de 28 ans et à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
 - de bénéficier des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n° 2005-12 du 11 février 2005, quel que soit l'âge de l'enfant,

sous réserve des conditions exposées ci-dessus, sont considérés comme à charge :

- les enfants d'assurés pour lesquels ceux-ci sont tenus de verser une pension alimentaire par décision de justice,
- les enfants des conjoints à leur charge fiscale (PACS ou concubins), si les conjoints des assurés en ont la garde,
- les enfants d'assurés et des conjoints (PACS ou concubins) des assurés ayant une déclaration de revenus distincte de celles des parents à condition qu'ils ne soient pas imposables,

à condition qu'ils aient droit aux prestations en nature du régime général de la Sécurité sociale ou d'un autre régime.

3) ADMISSION DES BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires sont admis dans l'assurance dès la date d'affiliation de l'assuré.

En cas de mariage, de naissance ou de réalisation des conditions prévues pour être bénéficiaire, après la date d'affiliation de l'assuré, le conjoint ou l'enfant est automatiquement admis dans l'assurance.

4) LA COMPAGNIE

Désigne l'organisme assureur GENERALI soumis aux dispositions du Code des assurances.

5) LA CONTRACTANTE

Désigne la personne morale signataire du contrat conclu avec La Compagnie pour tout ou partie de ses collègues salariaux. Les collègues salariaux couverts par le contrat sont mentionnés à la catégorie de personnel assuré.

ARTICLE 2 - RADIATION DES ASSURES

Un assuré est radié de plein droit du contrat dès qu'il cesse d'appartenir à l'effectif mentionné « à la catégorie de personnel assuré » même si, par erreur, la cotisation relative à l'assuré radié n'a pas cessé d'être versée. Toutefois, la garantie est maintenue à l'assuré dans les cas suivants :

- lorsqu'il répond aux conditions fixées par l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale relatif au droit au maintien de la couverture « MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE » en cas de rupture du contrat de travail, et ce jusqu'au terme défini par la Contractante,
- lorsqu'il se trouve en période de "préavis non effectué" (sous réserve du paiement des cotisations) et ce, tant qu'il demeure sans emploi. Cette garantie cesse à l'expiration théorique du préavis.

La résiliation du contrat entraîne de plein droit la radiation de tous les assurés présents à l'effectif à la date d'effet de la résiliation.

Les assurés dont la radiation est la conséquence :

- de la rupture du contrat de travail ouvrant droit à revenu de remplacement (à l'issue de la période de droit au maintien de la couverture « MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE » en application de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale),
- d'un départ en retraite,

peuvent bénéficier du maintien de la garantie dans le cadre d'une des options du contrat d'accueil, mis en place par la Compagnie à cet effet.

La demande d'adhésion au contrat d'accueil doit être formulée par écrit au Siège de la Compagnie dans les six mois qui suivent la radiation de l'assuré ou à l'issue de la période de maintien des garanties en application de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale. L'adhésion est effective, au plus tard le lendemain du jour de la réception de la demande au Siège de la Compagnie, aux conditions tarifaires et de garanties en vigueur à cette date.

Ces dispositions s'appliquent aux assurés en état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente à la date de leur radiation.

ARTICLE 3 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du code des assurances reproduit ci-dessous :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

Conformément aux dispositions de l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment :

- l'action en justice jusqu'à l'extinction de l'instance,
- l'acte d'exécution forcé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- 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 4 - SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension du contrat de travail, l'assuré et les membres de sa famille conservent le bénéfice du maintien des garanties du contrat, sous réserve du paiement de la cotisation par l'intermédiaire de la Contractante.

ARTICLE 5 - RECLAMATION - MEDIATION

1) Réclamation

Pour toute réclamation relative à la gestion de la présente notice, des cotisations ou encore des sinistres, l'assuré et/ou le bénéficiaire doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si l'assuré et/ou le bénéficiaire ne reçoit pas une réponse satisfaisante, l'assuré et/ou le bénéficiaire peut adresser sa réclamation écrite par courrier postal (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

Generali
Univers Clients Entreprises
Service Relation Clientèle - Segment Entreprises Collectives
7, boulevard Haussmann
75442 Paris Cedex 09.

La Compagnie accusera réception de la demande et y répondra dans les meilleurs délais.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par la Compagnie ou par l'assuré ou le bénéficiaire.

2) Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, la Compagnie applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par votre service réclamations, vous pouvez saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à M. le Médiateur de l'Assurance - BP 290 - 75425 Paris Cedex 9.

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

ARTICLE 6 - FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

La Contractante ou l'assuré doit transmettre à la Compagnie sa demande de remboursement accompagnée :

- des décomptes de la Sécurité sociale justifiant le montant des frais remboursés,
- des notes ou factures acquittées justifiant les frais réels engagés ; toutefois ne sont jamais prises en considération les factures et notes d'honoraires d'un montant différent de celui déclaré à la Sécurité sociale,
- éventuellement des décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance ou d'assurance,
- en cas de naissance d'un enfant, un justificatif de la situation de famille comportant l'indication de la naissance de l'enfant,
- en cas d'adoption d'un enfant, un justificatif d'adoption.

La Compagnie n'accepte aucune copie ou photocopie des pièces énumérées ci-dessus, sauf en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant.

ARTICLE 7 - REVISION DE L'ASSURANCE

Les garanties du présent contrat, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu de la législation en vigueur lors de sa prise d'effet.

Si ces dispositions venaient à être modifiées, la Compagnie se réserve la faculté de procéder à une révision du contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application des dispositions nouvelles. La

Contractante conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation du contrat, sans application du délai de préavis.

ARTICLE 8 - CONDITIONS DES GARANTIES

La Compagnie garantit aux conditions ci-dessous :

- des remboursements complémentaires aux prestations en nature payées en application de l'article L321-1 à 3 du Code de la Sécurité sociale, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité atteignant un assuré,
- une indemnité en cas de cure thermale,
- une allocation de naissance ou d'adoption.

Seuls les postes de frais pris en charge par la Sécurité sociale, sauf dérogations éventuelles prévues à l'article « NIVEAU DES GARANTIES », même s'ils comportent des dépassements, sont remboursés par la Compagnie.

En tout état de cause, les soins effectués à l'étranger ne sont pas remboursés par la Compagnie dès lors qu'il n'y a pas de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les limites des remboursements de la Compagnie figurent pour chaque poste de frais à l'article « NIVEAU DES GARANTIES ». Il ne saurait y avoir de compensation entre les différents postes pour appliquer ces limites. Par ailleurs, les remboursements de la Compagnie ne peuvent excéder la différence entre le coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par la Sécurité sociale.

Sauf justification des frais réels, ceux-ci sont réputés conformes au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, les remboursements de la Compagnie étant alors limités au ticket modérateur.

Si des prestations de même nature sont également payées par d'autres organismes de prévoyance ou d'assurance, il en est tenu compte pour l'application des limitations ci-dessus définies, la Compagnie n'intervenant qu'en dernier lieu.

Seuls les soins engagés après l'admission d'un assuré dans l'assurance et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les soins engagés après la radiation d'un assuré ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à la radiation.

ARTICLE 9 - NIVEAU DES GARANTIES

Lorsque la garantie est fixée à 100 % des frais réels moins le remboursement de la Sécurité sociale, les remboursements de la Compagnie sont limités à 90 % des frais réels lorsqu'ils sont engagés en secteur non conventionné.

En secteur non conventionné, la base de remboursement est celle appliquée en secteur conventionné par la Sécurité sociale.

Le traitement des médecins en secteur non conventionné est assimilé à celui des médecins non signataires du dispositif d'accès aux soins.

Sauf mention contraire, les actes figurant dans le tableau ci-dessous ne sont remboursés que s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale.

Les limites de remboursement s'entendent en complément des remboursements de la Sécurité sociale, sauf indication contraire dans le tableau ci-dessous :

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
HOSPITALISATION (i)	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
CHIRURGIE (ADC) hors chirurgie dentaire - HONORAIRES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX Secteur conventionné Médecins signataires du dispositif d'accès aux soins Médecins non signataires du dispositif d'accès aux soins (*) Secteur non conventionné	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 100 % du ticket modérateur + 125 % de la base du remboursement Sécurité sociale jusqu'au 31/12/2016 Et 100 % du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité sociale à partir du 01/01/2017 100 % du ticket modérateur + 125 % de la base du remboursement Sécurité sociale jusqu'au 31/12/2016 Et 100 % du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité sociale à partir du 01/01/2017
HOSPITALISATION MEDICALE	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 % des frais réels
CHAMBRE PARTICULIERE y compris maternité	100 % des frais réels
FRAIS MEDICAUX	
CONSULTATIONS, VISITES GENERALISTES Secteur conventionné Médecins signataires du dispositif d'accès aux soins Médecins non signataires du dispositif d'accès aux soins (*) Secteur non conventionné	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 100 % du ticket modérateur + 125 % de la base du remboursement Sécurité sociale jusqu'au 31/12/2016 Et 100 % du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité sociale à partir du 01/01/2017 100 % du ticket modérateur + 125 % de la base du remboursement Sécurité sociale jusqu'au 31/12/2016 Et 100 % du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité sociale à partir du 01/01/2017
CONSULTATIONS, VISITES SPECIALISTES Secteur conventionné Médecins signataires du dispositif d'accès aux soins Médecins non signataires du dispositif d'accès aux soins (*) Secteur non conventionné	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 100 % du ticket modérateur + 125 % de la base du remboursement Sécurité sociale jusqu'au 31/12/2016 Et 100 % du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité sociale à partir du 01/01/2017 100 % du ticket modérateur + 125 % de la base du remboursement Sécurité sociale jusqu'au 31/12/2016 Et 100 % du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité sociale à partir du 01/01/2017

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
AUXILIAIRES MEDICAUX	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
ANALYSES Secteur conventionné Secteur non conventionné	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
ACTES D'IMAGERIE (ADI) - RADIOS Secteur conventionné Médecins signataires du dispositif d'accès aux soins Médecins non signataires du dispositif d'accès aux soins (*) Secteur non conventionné	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 100 % du ticket modérateur + 125 % de la base du remboursement Sécurité sociale jusqu'au 31/12/2016 Et 100 % du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité sociale à partir du 01/01/2017 100 % du ticket modérateur + 125 % de la base du remboursement Sécurité sociale jusqu'au 31/12/2016 Et 100 % du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité sociale à partir du 01/01/2017
ACTES DE SPECIALITES - ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (ATM) - ACTES D'ECHOGRAPHIE (ADE) Secteur conventionné Médecins signataires du dispositif d'accès aux soins Médecins non signataires du dispositif d'accès aux soins (*) Secteur non conventionné	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 100 % du ticket modérateur + 125 % de la base du remboursement Sécurité sociale jusqu'au 31/12/2016 Et 100 % du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité sociale à partir du 01/01/2017 100 % du ticket modérateur + 125 % de la base du remboursement Sécurité sociale jusqu'au 31/12/2016 Et 100 % du ticket modérateur + 100 % de la base du remboursement Sécurité sociale à partir du 01/01/2017

FRAIS DENTAIRES	
SOINS DENTAIRES (y compris chirurgie dentaire ADC)	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale dans la limite 300 % de la base du remboursement Sécurité sociale
INLAYS - ONLAYS	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale dans la limite de 500 % de la base du remboursement Sécurité sociale et de 100 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire
INLAY-CORE	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale dans la limite de 500 % de la base du remboursement Sécurité sociale et de 100 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire
PROTHESES DENTAIREES remboursées par la Sécurité sociale	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale dans la limite de 500 % de la base du remboursement Sécurité sociale et de 100 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire
PROTHESES DENTAIREES non prises en charge par la Sécurité sociale (**)	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale dans la limite de 500 % de la base du remboursement Sécurité sociale et de 10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par prothèse, dans la limite de 3 prothèses par an et par bénéficiaire
ORTHODONTIE remboursée par la Sécurité sociale	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale dans la limite de 200 % de la base du remboursement Sécurité sociale
IMPLANTOLOGIE (prothèse sur implant et chirurgie sur implant) remboursée par la Sécurité sociale	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale dans la limite de 500 % de la base du remboursement Sécurité sociale et de 100 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire
PARODONTOLOGIE remboursée par la Sécurité sociale	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale dans la limite 300 % de la base du remboursement Sécurité sociale
FRAIS D'OPTIQUE : Dans la limite d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, par période d'un an. Le montant de prestations peut s'entendre par équipement.	
PAR EQUIPEMENT (Verres et monture)	cf. grille optique ci-après
LENTILLES DE CONTACT (****) y compris jetables, remboursées par la Sécurité sociale	12 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire
LENTILLES DE CONTACT y compris jetables, non prises en charge par la Sécurité sociale mais prescrites médicalement	12 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire
AUTRES FRAIS	
PHARMACIE remboursée par la Sécurité sociale	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
PHARMACIE non prise en charge par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale

ORTHOPEDIE ET PROTHESES AUTRES QUE DENTAIRES ET AUDITIVES	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale dans la limite de 300 % de la base du remboursement Sécurité sociale
PROTHESES AUDITIVES	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale dans la limite de 300 % de la base du remboursement Sécurité sociale
ALLOCATION NAISSANCE ADOPTION	30 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale doublement en cas de naissance multiple
CURE THERMALE	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale dans la limite de 15 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale
TRANSPORT DES MALADES	100 % du ticket modérateur
GARANTIES ANNEXES	
TIERS PAYANT	GARANTIE ACCORDEE
ASSISTANCE	GARANTIE ACCORDEE

- Plafond Mensuel de la Sécurité sociale = plafond correspondant à la date des soins
- Ticket modérateur = différence entre le tarif de responsabilité et le remboursement de la Sécurité sociale.

- (*) Conformément à la réglementation sur les contrats responsables, à effet du 1er janvier 2017, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins sera limitée à 100 % du tarif de Sécurité sociale et devra nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce dispositif.
- (**) Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Nomenclature ne sont pas remboursés par la Compagnie.
- (***) Dans le cas où un appareil dentaire est composé de dents visibles et non visibles, le remboursement de celui-ci est effectué sur la base des dents visibles.
- (****) Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueraient sur la base de 100 % du ticket modérateur.

GRILLE OPTIQUE :

Les prestations sont exprimées en euros et par équipement (verres et monture).

CATEGORIE	TYPES DE VERRES	LIMITES DE REMBOURSEMENTS PAR EQUIPEMENT (Verres et monture)
a)	Par équipement à verres simples foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	470 euros, par équipement
b)	Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	610 euros, par équipement
c)	Par équipement à verres simples foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs	750 euros, par équipement
d)	Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	660 euros, par équipement
e)	Par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	800 euros, par équipement
f)	Par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries	850 euros, par équipement
Pour l'application des montants indiqués ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.		

- (i) Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par la Compagnie.

Les frais d'hospitalisation liés à l'accouchement sont pris en charge, y compris les frais de chambre particulière, dans les limites de remboursements définies ci-dessus.

Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité sociale sont compris dans la garantie.

La participation forfaitaire de 18 euros est prise en charge pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté à un coefficient égal ou supérieur à 60 ou supérieur à 120 euros.

ARTICLE 10 - DISPOSITIONS RELATIVES AU TIERS PAYANT

La procédure de tiers payant dispense l'assuré de faire l'avance du ticket modérateur auprès de certains professionnels de santé. Elle est applicable selon les professionnels de santé et les départements où un accord a été signé.

Pour délivrer les cartes de tiers payant, la Compagnie ou son délégataire doit être en possession de la photocopie de l'attestation VITALE de chaque bénéficiaire.

La Compagnie ou son délégataire adresse alors à chaque assuré sa carte de tiers payant mentionnant la période de garantie des droits. Une nouvelle carte sera fournie chaque année avec la mention de la période de garantie ; en cas de modification de la situation de famille, une nouvelle carte sera délivrée.

En cas de radiation d'un assuré ou de résiliation du contrat, la Contractante s'engage à retirer les cartes et à les détruire. La Compagnie se réserve le droit de récupérer auprès de la Contractante toute somme indûment versée du fait de la non-observation de ces dispositions.

ARTICLE 11 - CONTRAT RESPONSABLE

Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « Contrats Responsables » (article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et autres décrets et arrêtés applicables).

Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie.

L'ensemble des actes de prévention prévu au titre de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité sociale est pris en charge par le présent contrat.

Le présent contrat est qualifié de « responsable » et répond à l'ensemble des règles définies aux articles R871-1 et 872-2 II du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolutions législatives ou réglementaires régissant les « contrats responsables », les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'assuré.

ARTICLE 12 - DROIT AU MAINTIEN DE LA COUVERTURE « MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE » EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL EN APPLICATION DE L'ARTICLE L911-8 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

1. OBJET DE LA GARANTIE

L'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, met en place pour les entreprises un mécanisme de portabilité des droits en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit aux allocations chômage.

2. CONDITIONS D'OUVERTURE

Les assurés dont le contrat de travail est rompu et qui bénéficient d'un droit à prise en charge par le Pôle Emploi, ont droit au maintien des garanties du présent contrat.

3. MODALITES D'APPLICATION

L'assuré dont le contrat de travail est rompu bénéficie de plein droit des garanties du présent contrat.

La Contractante s'engage à informer la Compagnie :

- de la sortie des effectifs d'un de ses salariés dans un délai de 10 jours suivant la rupture du contrat de travail,
- de la mise en place d'un Plan de sauvegarde de l'emploi (à partir de 10 licenciements sur une période de 30 jours) ou de licenciements massifs (plus de 20 % des effectifs licenciés sur une période de 60 jours) dans un délai de 10 jours à compter de l'atteinte de l'un de ces seuils. Si l'un des événements se réalise, la Compagnie se réserve le droit d'augmenter les cotisations des actifs à compter du premier jour du mois qui suit la mise en place du Plan de sauvegarde de l'emploi ou des licenciements massifs. La Contractante conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation du contrat, sans application du délai de préavis.

4. CESSATION DES GARANTIES

Un assuré bénéficiant du droit à portabilité des garantie au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, est radié de plein droit du contrat :

- lorsqu'il reprend une activité professionnelle,

lorsque ses droits aux allocations chômage cessent,

- au plus tard au terme défini par la Contractante dans la limite de 12 mois.

ANNEXE I - GLOSSAIRE

B

Base de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le tarif fixé par la Sécurité sociale pour tout acte pratiqué par un professionnel de santé. Il sert de base au calcul du remboursement de la Sécurité sociale. Ce terme a remplacé celui de tarif de responsabilité qui était utilisé précédemment et qui se divisait en deux :

- Tarif de convention pour les médecins conventionnés ;
- Tarif d'autorité pour les médecins non conventionnés.

C

Conventionné / non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire.

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession.

Ils peuvent pratiquer un tarif :

- soit fixe sans dépassement d'honoraires (Secteur 1). ses honoraires correspondent aux tarifs qui servent de base au remboursement de la caisse d'assurances maladie,
- soit à honoraires libres (secteur 2). Les tarifs pratiqués par les médecins sont libres et fixés par le médecin et donc enclins aux dépassements d'honoraires.

Les professionnels de santé sont dits « hors convention » lorsqu'ils n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale (Secteur 3). Les médecins fixent librement leurs tarifs, avec des possibilités de dépassements d'honoraires.

Établissement de santé conventionné

Au sens de la notice d'information, on entend par ce terme aussi bien :

. L'Hôpital public : les frais sont payés directement par la Sécurité sociale à l'hôpital. Le ticket modérateur, le forfait journalier, la chambre particulière ou les frais annexes restent éventuellement à la charge de l'Assuré(e).

. Et l'Établissement privé : les frais sont également pris en charge par la Sécurité sociale. Les tarifs font l'objet d'une convention entre la Sécurité sociale et l'établissement hospitalier.

Établissement de santé non conventionné

Au sens de la notice d'information, on entend par ce terme aussi bien :

. L'établissement agréé par la Sécurité sociale : le tarif de remboursement est inférieur à celui appliqué en secteur conventionné.

. Et l'établissement non conventionné et non agréé : la Sécurité sociale n'accorde aucun remboursement.

F

Frais réels

Ce sont les dépenses réellement engagées par l'assuré et les bénéficiaires du contrat.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2008.

P

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Il est revalorisé par décret chaque année. **A titre indicatif**, au 1^{er} janvier 2015, sa valeur est de 3 170 €. Pour rappel, sa valeur au 1^{er} janvier 2014 est de 3 129 €. (L'indication du montant du plafond de la Sécurité sociale est indiqué sur le site : ameli.fr).

T

Taux de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le taux sur lequel la Sécurité sociale se base pour effectuer ses remboursements. Il s'applique sur la base de remboursement de la Sécurité sociale et varie en fonction de l'acte médical.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire. Il demeure à la charge de l'assuré.

ANNEXE II - ASSISTANCE

DISPOSITIONS GENERALES

CONTRAT D'ASSISTANCE GENERALI SANTE ASSISTANCE

Le présent contrat d'assistance constitue les dispositions générales des garanties GENERALI SANTE ASSISTANCE. Elle détermine les prestations qui seront garanties et fournies par EUROP ASSISTANCE France à tous les souscripteurs d'un contrat Soins de Santé assuré ou réassuré auprès de GENERALI VIE, conformément au protocole signé entre GENERALI VIE et EUROP ASSISTANCE France, entreprise régie par le Code des assurances et dont le siège social se trouve 1 Promenade de la Bonnette 92230 GENNEVILLIERS.

REGLES A OBSERVER IMPERATIVEMENT EN CAS D'ASSISTANCE :

Pour nous permettre d'intervenir, il est nécessaire :

- de nous joindre sans attendre par téléphone au numéro 01 41 85 92 34, par télécopie au numéro 01 41 85 85 71 ou par télex au numéro 616710 EAPARI,
- d'obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- de se conformer aux solutions que nous préconisons,
- de nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Toute dépense engagée sans notre accord préalable ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

ARTICLE 1 - DEFINITIONS

Dans le texte qui suit, le terme «NOUS» désigne EUROP ASSISTANCE France. Le terme «VOUS» désigne le salarié et son conjoint ou concubin bénéficiaires tels que définis ci-après.

1.1 - SOUSCRIPTEUR

L'entité physique ou morale, ayant son domicile ou son siège social en France métropolitaine ou Principauté de Monaco et ayant souscrit au bénéfice de tous ses salariés un contrat Soins de Santé assuré ou réassuré auprès de GENERALI VIE.

1.2 - BENEFICIAIRES

- le salarié de l'entité physique ou morale souscripteur du contrat d'assurance Soins de Santé,
- son conjoint ou concubin,
- leurs enfants à charge fiscalement et vivant sous le même toit, s'ils bénéficient des garanties Soins de Santé.

Tous les bénéficiaires doivent être domiciliés en France métropolitaine ou Principauté de Monaco.

1.3 - DOMICILE

Lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires situé en France métropolitaine ou Principauté de Monaco.

1.4 - MALADIE

Toute altération soudaine et imprévisible de la santé médicalement constatée.

1.5 - ACCIDENT

Toute lésion corporelle médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

1.6 - HOSPITALISATION

Toute hospitalisation en hôpital ou en clinique prescrite en urgence par un médecin, consécutive à une maladie ou à un accident. Nous nous réservons le droit de demander au bénéficiaire un justificatif, tel qu'un bulletin d'hospitalisation.

1.7 - IMMOBILISATION

Toute immobilisation au domicile prescrite par un médecin, consécutive à un accident ou à une maladie. Nous nous réservons le droit de demander au bénéficiaire un justificatif, tel qu'un certificat médical.

1.8 - FRANCE

Dans le présent contrat, le terme «FRANCE» désigne la France métropolitaine et la Principauté de Monaco.

ARTICLE 2 - ETENDUE TERRITORIALE

Le présent contrat d'assistance s'applique en France uniquement.

ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET, DUREE DE VALIDITE DES GARANTIES ET RENOUELEMENT

Les garanties d'assistance s'appliquent pendant la période de validité de l'adhésion au contrat d'assurance Soins de Santé GENERALI VIE. Elles sont renouvelées ou résiliées dans les mêmes conditions et à la même date que le contrat d'assurance.

ARTICLE 4 - CONDITIONS RELATIVES AUX PRESTATIONS GARDE DES ENFANTS, GARDE DES ANIMAUX, AIDE MENAGERE ET L'ECOLE CONTINUE

Vous pouvez nous joindre 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, afin de formuler votre demande.

Dès réception de votre appel, nous mettons tout en œuvre afin que notre prestataire se rende à votre domicile le plus rapidement possible.

Toutefois, nous nous réservons un délai de 12 heures, comptées à l'intérieur des heures d'ouverture du service «assistance à domicile» tous les jours entre 8h00 et 19h30 sauf dimanche et jours fériés, afin de rechercher et d'acheminer le prestataire à votre domicile.

ARTICLE 5 - CONDITIONS RELATIVES AUX PRESTATIONS D'INFORMATIONS TELEPHONIQUES

Vous pouvez joindre le service «informations téléphoniques» tous les jours entre 9h00 et 19h00 sauf dimanche et jours fériés. Nous nous efforçons de donner une réponse immédiate aux questions posées dans le cadre du présent contrat.

En cas d'impossibilité, nous effectuons des recherches et vous rappelons dans le délai convenu au moment de votre appel.

Nous apportons aux questions qui nous sont posées une réponse objective à caractère documentaire et nous ne pouvons en aucun cas être tenus pour responsables de vos interprétations, ni de leurs conséquences éventuelles. Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors des prestations d'assistance.

Nous nous interdisons toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

ARTICLE 6 - ASSISTANCE A DOMICILE

6.1 - VOUS ETES HOSPITALISE PLUS DE 48 HEURES OU IMMOBILISE A VOTRE DOMICILE PLUS DE 5 JOURS A LA SUITE D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT OU EN CAS DE DECES

Vous pouvez bénéficier de l'une des 3 prestations suivantes pour garder vos enfants de moins de 15 ans :

6.1.1 - SOIT TRANSFERT DES ENFANTS CHEZ UN PROCHE

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour de vos enfants de moins de 15 ans depuis votre domicile jusqu'au domicile en France d'un proche désigné par vous.

Nous prenons également en charge le voyage aller/retour d'une personne de votre choix, depuis son domicile en France ou de l'une de nos hôteses, pour accompagner vos enfants de moins de 15 ans pendant ce transfert s'ils ne peuvent voyager seuls.

6.1.2 - SOIT PRESENCE D'UN PROCHE

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour depuis la France d'une personne choisie par vous, afin qu'elle se rende auprès de vous et garde vos enfants de moins de 15 ans.

Nous organisons et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant 2 nuits à concurrence de **60 Euros TTC** par nuit maximum (chambre + petit déjeuner).

6.1.3 - SOIT GARDE DES ENFANTS A VOTRE DOMICILE

Nous organisons et prenons en charge la garde de vos enfants de moins de 15 ans à votre domicile pendant 15 heures maximum. Les gardes ont lieu du lundi au samedi entre 8h00 et 19h00, à raison de 8 heures consécutives maximum.

Dans l'hypothèse où les déplacements de l'enfant durant le temps de garde nécessitent l'accompagnement d'un adulte, la garde s'en chargera ; cependant, en aucun cas, elle n'utilisera son véhicule personnel. La personne chargée de garder l'enfant prendra et quittera ses fonctions en présence d'un membre de la famille.

Les frais de nourriture de la garde sont à votre charge.

6.2 - VOUS ETES HOSPITALISE PLUS DE 4 JOURS OU IMMOBILISE A VOTRE DOMICILE PLUS DE 10 JOURS A LA SUITE D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT OU EN CAS DE DECES

6.2.1 - AIDE MENAGERE

Nous recherchons et organisons la présence d'une aide-ménagère afin qu'elle se rende à votre domicile :

- soit pendant votre hospitalisation pour venir en aide aux autres bénéficiaires restés au domicile,
- soit à votre retour à votre domicile pour vous venir en aide pendant votre convalescence, dans la limite des 30 jours à compter de la date du retour d'hospitalisation,
- soit pendant votre immobilisation à domicile, dans la limite des 30 premiers jours à compter de la date de début d'immobilisation,
- soit en cas de décès.

Nous prenons en charge les frais de présence de l'aide-ménagère à concurrence de 15 heures maximum. La présence de l'aide-ménagère a lieu du lundi au samedi entre 8h et 19h.

Cette prestation d'aide ménagère vous est également acquise en cas de séjour de plus de 8 jours en maternité.

6.2.2 - ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

Notre service Écoute et Accueil Psychologique permet, 24 heures sur 24 et 365 jours par an, de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

L'entretien téléphonique, mené par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, vous permettra de vous confier et de clarifier la situation à laquelle vous êtes confronté.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront, en aucun cas, à débiter une psychothérapie par téléphone. En fonction de votre situation et de votre attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez vous, un psychologue diplômé d'état. Nous assurerons l'organisation de ce rendez-vous et prenons en charge le coût de cette première consultation.

6.2.3 - GARDE DE VOS ANIMAUX DOMESTIQUES

Si personne ne peut s'occuper de vos animaux domestiques (chiens, chats) restés seuls à votre domicile, nous organisons et prenons en charge, à votre demande, le transfert des animaux :

- soit jusqu'au domicile d'une personne choisie par vous,
- soit dans un établissement de garde proche de votre domicile.

Nous prenons en charge les frais de garde dans cet établissement pendant 10 jours consécutifs maximum.

Cette prestation est soumise aux conditions de transport, d'accueil et d'hébergement exigées par les prestataires et établissements que nous sollicitons (vaccinations à jour, caution...).

Elle sera rendue sous réserve que vous-même ou qu'une personne autorisée par vous puisse accueillir à votre domicile le prestataire que nous aurons envoyé afin de lui confier l'animal.

Les frais de transport sont pris en charge dans la limite de 50 kilomètres depuis votre domicile.

6.3 - VOTRE ENFANT DE MOINS DE 15 ANS EST IMMOBILISE A VOTRE DOMICILE PLUS DE 48 HEURES A LA SUITE D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT

Vous pouvez bénéficier de l'une des 2 prestations suivantes pour garder à votre domicile votre enfant malade de moins de 15 ans :

6.3.1 - SOIT PRESENCE D'UN PROCHE

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour depuis la France d'une personne choisie par vous, afin qu'elle se rende chez vous et garde votre enfant malade de moins de 15 ans.

6.3.2 - SOIT GARDE À DOMICILE

Nous organisons et prenons en charge la garde de votre enfant malade de moins de 15 ans à votre domicile. Les gardes ont lieu du lundi au samedi entre 8h00 et 19h00, pendant 15 heures maximum à raison de 8 heures consécutives maximum.

Dans l'hypothèse où les déplacements de l'enfant durant le temps de garde nécessitent l'accompagnement d'un adulte, la garde s'en chargera ; cependant, en aucun cas, elle n'utilisera son véhicule personnel. La personne chargée de garder l'enfant prendra et quittera ses fonctions en présence d'un membre de la famille.

Les frais de nourriture de la garde sont à votre charge.

6.4 - EN CAS D'ABSENCE SCOLAIRE SUPERIEURE A 15 JOURS DE VOTRE ENFANT DE MOINS DE 15 ANS A LA SUITE D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT

6.4.1 - L'ECOLE CONTINUE

Suite à un accident ou à une maladie, votre enfant de moins de 15 ans subit une absence scolaire supérieure à 15 jours.

Nous recherchons et prenons en charge l'aide pédagogique à concurrence de 15 heures maximum par semaine, tous cours confondus, à raison de 2 heures de cours consécutives minimum, limitée à 3 semaines par événement.

Nous recherchons un ou plusieurs enseignants pour se rendre, à partir du 16^{ème} jour d'absence scolaire, à votre domicile afin d'assurer la continuité du programme scolaire de votre enfant.

Les cours sont dispensés du Cours Préparatoire (11^è) à la Terminale, dans les matières principales suivantes : Français, Anglais, Allemand, Espagnol, Histoire, Géographie, Mathématiques, Sciences Naturelles, Physique, Chimie.

Ce ou ces répétiteurs sont autorisés à prendre contact avec l'établissement scolaire de votre enfant afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs l'étendue du programme scolaire.

En cas d'hospitalisation de votre enfant, les cours continueront, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions, sous réserve que la Direction de l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent un accord formel en ce sens.

6.5 - EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL OU DE DECES DE LA PERSONNE SALARIEE EN CHARGE DE LA GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

6.5.1 - GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours, d'immobilisation au domicile de plus de 10 jours ou de décès de la nourrice salariée et fiscalement déclarée, nous organisons et prenons en charge l'une des prestations suivantes :

Soit le déplacement d'un proche :

Déplacement aller/retour d'un proche désigné, en train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique et résidant en France, pour venir garder les enfants au domicile.

Soit la garde des enfants par une personne qualifiée :

Organisation et prise en charge de la garde des enfants au domicile du bénéficiaire pendant 30 heures maximum, à concurrence de 10 heures par jour maximum réparties sur 5 jours.

6.6 - VOUS ETES MALADE OU BLESSE A DOMICILE

Nous pouvons vous venir en aide 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sur simple appel téléphonique.

6.6.1 - RECHERCHE ET ENVOI D'UN MEDECIN

Si votre médecin traitant n'est pas disponible, nous recherchons un médecin de garde ou un service médical d'urgence proche de votre domicile, afin qu'il se rende auprès de vous. Les honoraires du médecin de garde ou du service médical d'urgence sont à votre charge.

6.6.2 - RECHERCHE D'UNE INFIRMIERE OU GARDE MALADE

Nous recherchons une infirmière ou une garde malade proche de votre domicile, afin qu'elle se rende auprès de vous. Les honoraires de l'infirmière ou de la garde malade d'urgence sont à votre charge.

6.6.3 - RECHERCHE ET ENVOI D'UNE AMBULANCE POUR VOTRE TRANSFERT A L'HOPITAL, AU CENTRE DE SOINS OU D'EXAMENS

Après intervention des premiers secours et/ou du médecin traitant, vous devez être hospitalisé à la suite d'une maladie ou d'un accident. Nous recherchons une ambulance ou un véhicule sanitaire léger pour vous conduire à l'hôpital, au centre de soins ou d'exams.

Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le SAMU. Le coût du transport est à votre charge.

6.6.4 - RECHERCHE DE MEDICAMENTS INDISPENSABLES VENANT D'ETRE PRESCRITS

Vous êtes immobilisé à votre domicile, à la suite d'une maladie ou d'un accident, et le médecin vient de vous prescrire, par ordonnance, des médicaments immédiatement nécessaires.

Nous envoyons un prestataire à votre domicile pour prendre possession de l'ordonnance et rechercher les médicaments à la pharmacie de votre choix, ou à défaut, à la pharmacie la plus proche ou à la pharmacie de garde. Seul le coût des médicaments reste à votre charge.

6.7 - SERVICE INFORMATIONS TELEPHONIQUES

Nous recherchons et vous communiquons des informations à caractère documentaire qui vous permettront d'orienter vos démarches concernant des questions d'ordre privé dans les domaines suivants de la vie quotidienne :

L'habitation et le logement - La consommation - Les impôts et la fiscalité - La vie familiale : mariage, divorce, succession, décès - La justice - Le travail - L'enseignement, la formation - Les assurances sociales - Les formalités : état civil, cartes, permis - Les relations avec les services publics - Les loisirs : les voyages, les itinéraires, les hôtels, les activités culturelles, les locations - La santé : les vaccins, les précautions d'hygiène, les épidémies locales, les procédures de règlement des frais médicaux.

ARTICLE 7 - DISPOSITIONS GENERALES

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

7.1 - EXCLUSIONS

Sont exclus :

- les frais engagés sans notre accord préalable,
- toute prestation non expressément prévue par les clauses du présent contrat,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les maladies ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant nécessité une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
- les visites médicales de contrôle, les hospitalisations de contrôle,
- les maladies mentales et/ou chroniques,
- les hospitalisations prévues ou intermittentes et celles non directement consécutives à un accident ou à une maladie soudaine et imprévisible,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif d'alcool,
- les conséquences d'actes intentionnels de la part du bénéficiaire ou les conséquences d'actes dolosifs ou de tentative de suicide,
- les hospitalisations antérieures à la date de prise d'effet du présent contrat.

7.2 - CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

Le fait de grève ne constitue pas une raison de déclenchement de nos services et ne peut donner lieu à aucun remboursement. Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations dues à des événements tels que : guerre civile ou étrangère, instabilité politique notoire, émeutes, actes de terrorisme, mouvements populaires, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens que celle-ci soit nominative ou générale, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou autre cas de force majeure, ni des retards dans l'exécution résultant des mêmes causes.

7.3 - SUBROGATION

Conformément à l'article L 121-12 du Code des assurances, EUROP ASSISTANCE France 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 motivé son intervention. Dans le cas où il s'avérerait a posteriori que nous aurions été amenés 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 notre intervention, alors que les faits réels n'auraient pas dû donner droit à notre intervention.

7.4 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L114-1 du Code des assurances, toute action dérivant du présent contrat est prescrite dans un délai de deux ans à compter des événements qui y donnent naissance.

7.5 - AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) :
61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09