

SANTE



Association
Loi 1901



NOTICE
D'INFORMATION



NOTICE D'INFORMATION

"FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS"

PREAMBULE

Le contrat "FFA complémentaire frais de soins", n° 196 4A8034 S, régi par le Code des assurances est un contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle et facultative :

- souscrit par la FÉDÉRATION FRANÇAISE DES ASSURÉS (F.F.A.), Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 dont le siège est fixé à Paris 17^{ème}, 112 Bd Malesherbes
- auprès d'ALLIANZ IARD, Entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme au capital de 991 967 200 euros, dont le siège social est 1 cours Michelet, CS30051 92076 Paris La Défense CEDEX 542 110 291 RCS Nanterre
- dont la gestion est déléguée à la société LUXIOR ASSURANCES, située 207, rue Jean Jaurès 29200 Brest
- Ce contrat d'assurance de groupe est souscrit :
 - à effet du 1^{er} janvier 2003 et se renouvelle ensuite chaque 1^{er} avril par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation de celui-ci par l'une des parties ;
 - dans le cadre de la loi du 11 février 1994 dite Loi Madelin, qui autorise, pour les personnes relevant du régime obligatoire des travailleurs non-salariés non agricoles, la déduction fiscale des cotisations sous certaines limites et conditions.

Ce contrat d'assurance de groupe répond aux exigences :

- du contrat solidaire, en ce sens qu'il ne recueille pas d'information médicale des personnes à assurer et qu'il ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des Assurés ;
- du contrat responsable, tel qu'il est défini par les dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

En application de l'article L.141-6 du Code des assurances, en cas de dissolution de la Fédération Française des Assurés, les engagements se poursuivent de plein droit entre l'Assureur et les personnes ayant adhéré au Contrat avant la date de cette dissolution. Les adhésions ainsi maintenues en vigueur sont exclues du champ d'application du dispositif réservé aux travailleurs non-salariés non agricoles

Les caractéristiques et le fonctionnement du contrat "FFA complémentaire frais de soins" sont définis dans la présente Notice d'Information.

SOMMAIRE

	pages		pages
I. LEXIQUE	2	3.8 Contrôle médical	8
II. ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT	4	3.9 Confidentialité médicale	8
2.1 Votre adhésion comporte	4	IV. COTISATIONS	8
2.2 Déclaration des autres assureurs	4	4.1 Paiement des cotisations par l'adhérent	8
2.3 Faculté de renonciation	4	4.2 Indexation des cotisations	8
2.4 Bénéficiaires des garanties	4	V. DIVERS	8
2.5 Formalité d'adhésion	4	5.1 Obligations d'information	8
2.6 Date d'effet des garanties - Délai d'attente	4	5.2 Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique	8
2.7 Renouvellement et résiliation des adhésions	5	5.3 Informatique et Libertés	9
2.8 Durée des garanties à l'égard de chaque bénéficiaire	5	5.4 Réclamations - médiation	9
2.9 Maintien des garanties	5	5.5 Prescription	9
III. GARANTIES ET PRESTATIONS	6	5.6 Subrogation	9
3.1 Objet des garanties	6	5.7 Lutte contre le blanchiment	9
3.2 Étendue des garanties	6	5.8 Contrôle de l'assureur	9
3.3 Choix des garanties à l'adhésion	7	VI. TABLEAUX DE GARANTIES	10
3.4 Modification de garanties	7	6.1 Cible non senior	10
3.5 Versement des prestations par l'assureur	7	6.2 Cible senior	11
3.6 Pluralité d'assureurs - Limites de garantie	7		
3.7 Modification réglementaire de la couverture sociale	7		

I LEXIQUE

Accident : Toute atteinte corporelle, indépendante de la volonté de l'Adhérent ou du bénéficiaire, due à l'action soudaine, irrépressible et imprévisible d'une cause extérieure.

Actes de prévention : Le contrat « FFA » complémentaire frais de soins » responsable prend en charge au moins deux actes de prévention inscrits sur la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006

Adhérent : La personne physique nommément désignée au certificat d'adhésion, membre de l'Association FFA, et qui adhère au contrat d'assurance de groupe. L'Adhérent a la qualité d'assuré et bénéficie à ce titre des prestations garanties. L'Adhérent s'engage à acquitter les cotisations et est responsable des déclarations faites à l'adhésion comme en cours de contrat pour l'ensemble des assurés, bénéficiaires des garanties.

Adhésion : L'Adhésion se matérialise par la délivrance du certificat d'adhésion et de la présente notice d'Information définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur.

Année d'assurance : A l'exception de la 1^{ère} année d'assurance (12 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion), période comprise entre deux échéances principales

Assuré /bénéficiaire : Toute personne physique désignée nominativement au certificat d'adhésion et bénéficiant des garanties figurant sur ce même certificat d'adhésion.

Avenant : Support écrit et additionnel matérialisant la modification de l'adhésion

Base de remboursement de la Sécurité sociale : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le

montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.

- Tarif d'Autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement.

- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

- Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) pour l'original d'un médicament ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés

Contrat d'accès aux soins (CAS) : Contrat mis en place par l'avenant n°8, à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux du secteur 2 (honoraires libres) et l'Assurance Maladie, publié au JO du 6 décembre 2012. Le contrat d'accès aux soins engage les médecins du secteur 2 à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés, mieux remboursés par la Sécurité sociale (sur la base des tarifs applicables au médecin de secteur 1) et permet de réduire le reste à charge des assurés sociaux.

Contrat solidaire et responsable :

- Un contrat complémentaire santé est qualifié de solidaire dès

lors qu'aucune information médicale n'est requise lors de toute nouvelle souscription ou adhésion à celui-ci et que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des individus couverts.

■ Un contrat complémentaire santé est qualifié de responsable dès lors qu'il répond au dispositif régi par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

■ Les contrats complémentaires santé « solidaires et responsables » bénéficient d'avantages fiscaux et sociaux dès lors que les remboursements des dépenses de santé respectent les conditions imposées par les pouvoirs publics, tant en termes d'obligations qu'en termes d'interdictions de prise en charge de certains remboursements.

Ainsi, le contrat responsable prend en charge obligatoirement :

■ dans le parcours de soins coordonnés, l'intégralité du ticket modérateur à la charge de l'assuré sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour certaines prestations (cures thermales, homéopathie et médicaments remboursés à 15% ou 30% par l'assurance maladie obligatoire) ;

■ l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire en cas de réalisation d'un acte coûteux ;

■ l'intégralité du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé ;

■ au moins deux actes de prévention inscrits sur la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006

Quand le contrat complémentaire santé offre des garanties supérieures au ticket modérateur en matière de dépassement d'honoraires des médecins ou d'équipements d'optique médicale, la prise en charge de ces dépenses de santé est encadrée selon des critères précisément définis par décret (cf. articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

Les contrats responsables ne prennent pas en charge :

■ les franchises médicales et la participation forfaitaire prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret.

■ la partie correspondant à la baisse du remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour non-respect du parcours de soins coordonnés.

Cotisations : Sommes versées à l'Assureur pour garantir le versement des prestations

Date d'effet de l'adhésion : Date à partir de laquelle les risques sont garantis.

Délai d'attente : Période qui commence à courir de la date d'effet de l'adhésion au contrat « FFA complémentaire frais de soins » ou à compter de la date d'effet d'un avenant de modification de garanties, au cours de laquelle, soit une garantie ne s'applique pas au titre de l'événement proprement dit comme pour ses suites, conséquences, soit s'applique de manière limitée.

Échéance principale : L'échéance principale est la date définie dans votre certificat d'adhésion, soit le 1er avril de chaque année qui suit votre première année complète d'adhésion. Votre adhésion se renouvelle annuellement par tacite reconduction à partir de cette date, si elle n'a pas été résiliée selon les conditions définies dans la présente notice d'information.

Forfait journalier hospitalier : Participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Cette somme forfaitaire * fixée par arrêté :

■ est due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé, à l'exception des unités de soins de longue durée et des établissements d'hébergement pour personnes âgées ;

■ n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire, sauf cas spécifiques d'exonération. (par exemple, les personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, les bénéficiaires de l'assurance maternité sous certaines conditions, les personnes affiliées au régime local d'Alsace- Moselle ...) ;

■ est prise en charge intégralement, sans limitation de durée, par le contrat « FFA Complémentaire frais de soins »

*Au 1^{er} avril 2016, pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique, son montant est de 18€ par jour et pour un séjour en psychiatrie de 13,50€ par jour.

Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) n'est pas pris en charge par le contrat "FFA Complémentaire frais de soins" auquel vous adhérez.

Frais de séjour : Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent

ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, le ticket modérateur est remboursé par le contrat responsable "FFA Complémentaire frais de soins" auquel vous adhérez.

Franchises médicales : Sommes déduites des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge au titre du contrat responsable « FFA Complémentaire frais de soins » auquel vous adhérez.

Hospitalisation : Tout séjour (comprenant l'admission, le traitement médical et la sortie de l'établissement), soit au cours d'une même journée (avec ou sans chirurgie ambulatoire), soit d'au moins 24 h (soins externes exclus), dans un établissement de soins public ou privé (conventionné ou non) :

■ dit de court séjour incluant les soins de courte durée ou le traitement des affections pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;

■ dit de moyen séjour incluant les soins nécessaires au rétablissement du bénéficiaire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

L'hospitalisation comprend aussi l'hospitalisation à domicile, en continuation d'un séjour hospitalier pris en charge par votre adhésion au contrat « FFA Complémentaire frais de soins », en accord avec l'assurance maladie obligatoire et sous contrôle médical.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Il est précisé que les incapacités dues à un infarctus du myocarde, à des affections coronariennes, ainsi que celles consécutives à une pathologie soudaine, à un choc émotif ou à un surmenage sont assimilées à des maladies et indemnisées comme telles.

OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée)

À compter du 1^{er} janvier 2017, l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) vise à remplacer le contrat d'accès aux soins.

Son objectif est de favoriser l'accès aux soins des assurés en incitant les professionnels de santé à la modération tarifaire.

Les médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM- CO (médecins spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique) s'engagent à

■ Réduire ou stabiliser leurs tarifs ;

■ Respecter un taux moyen de 100% de dépassement d'honoraires

■ Développer ou stabiliser leur part d'activité à tarifs opposables (tarifs fixés par la Sécurité sociale)

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

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

■ ont déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire ;

■ consultent leur médecin traitant ou son remplaçant en première intention ;

■ consultent un autre médecin, désigné « médecin correspondant », sur orientation de leur médecin traitant ;

■ consultent directement un gynécologue, ophtalmologue, psychiatre et stomatologue pour certains actes.

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

En dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et la prise en charge de la différence n'est pas prise en charge par votre contrat responsable "FFA Complémentaire frais de soins" auquel vous adhérez.

Participation forfaitaire d'un euro : La participation forfaitaire d'un euro est déduite du montant des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin ainsi que les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas prise en charge par votre contrat responsable "FFA Complémentaire frais de soins" auquel vous adhérez.

Régime obligatoire (RO) : Régime général ou local des salariés de la Sécurité sociale, régime agricole de la Mutualité sociale agricole ou régime social des professions indépendantes auquel est affilié l'Adhérent et/ou l'Assuré bénéficiant des garanties du contrat "FFA complémentaire frais de soins".

Secteur conventionné :

■ Secteur I : Regroupe l'ensemble des praticiens et établissements

hospitaliers s'engageant à respecter les tarifs de responsabilité convention (T.R.C.).

■ Secteur II : Regroupe l'ensemble des praticiens autorisés par convention à dépasser les Tarifs de Responsabilité convention. Le ticket modérateur (T.M.) et le dépassement éventuel du tarif de responsabilité convention sont à la charge de l'assuré.

Secteur non conventionné : Regroupe l'ensemble des praticiens et établissements hospitaliers n'ayant pas adhéré à la convention passée entre la Sécurité sociale et la profession. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur la base du tarif d'autorité (T.A.).

Tarif de responsabilité convention (T.R.C.) : Valeur de référence, pour chaque acte, à partir de laquelle la Sécurité sociale calcule le montant de son remboursement en secteur conventionné.

Ticket modérateur (T.M.) : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire avant déduction de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise médicale.

Le montant du ticket modérateur varie selon :

- la nature du risque (maladie, maternité, accident du travail, etc.) ;
- l'acte ou le traitement ;
- le respect ou non du parcours de soins coordonnés ;
- que l'assuré souffre d'une affection de longue durée exonérante ;

- que l'assuré relève du régime d'Alsace-Moselle ;
- que l'assuré est titulaire d'une pension d'invalidité.

Le ticket modérateur peut être majoré si vous consultez un professionnel de santé en dehors du parcours de soins coordonnés.

Le contrat responsable "FFA Complémentaire frais de soins" auquel vous adhérez prend en charge, uniquement dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés, l'intégralité du ticket modérateur, sauf pour certaines prestations (cures thermales, homéopathie et médicaments remboursés à 15% ou 30 % par l'assurance maladie obligatoire).

Tiers payant : Système de paiement qui vous évite de faire l'avance de tout ou partie des frais de santé auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoires et/ou complémentaires pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.

Vente à distance : Fourniture d'opération d'assurance par un intermédiaire d'assurance, auprès d'une personne physique qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, par l'utilisation d'une ou plusieurs techniques de communication à distance (courrier, téléphone, internet). Dans ce cadre, l'intermédiaire d'assurance utilise exclusivement des techniques de communication à distance pour la conclusion de votre adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé.

II ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT

2.1 VOTRE ADHÉSION AU CONTRAT COMPORTE :

- la présente Notice d'Information, qui définit les garanties proposées, leurs conditions d'application, les règles qui régissent l'existence et le fonctionnement de l'adhésion
- le tableau des garanties qui détaille les différents niveaux de remboursement des garanties proposées, figurant également dans la Notice d'Information ;
- le certificat d'adhésion au contrat "FFA Complémentaire frais de soins", établi à partir de vos déclarations, qui précise notamment la nature et le montant des garanties que vous avez choisies au regard de votre situation, les personnes assurées, les clauses particulières définies entre nous, le montant de votre cotisation d'assurance.

2.2 DÉCLARATION DES AUTRES ASSUREURS

Si les risques couverts par votre adhésion au contrat sont ou viennent à faire l'objet d'une autre assurance, l'Adhérent ou toute autre personne en son nom, doit en faire la déclaration à l'Assureur ou à son représentant :

- lors de l'adhésion au contrat pour les assurances, en cours à cette date,
- préalablement à la souscription de cette autre assurance, si celle-ci résulte du fait de l'Adhérent ou d'un autre bénéficiaire
- dans un délai de huit jours à compter du moment où l'Adhérent ou un autre bénéficiaire en a connaissance, dans les autres cas.

2.3 FACULTE DE RENONCIATION

Sous réserve qu'il n'ait pas connaissance d'un événement mettant en jeu les garanties décrites dans le contrat auquel il a adhéré, l'Adhérent au contrat « FFA Complémentaire frais de soins » a la faculté de renoncer à son adhésion, si elle fait suite à un démarchage à domicile ou si elle a été conclue à distance.

Conformément aux dispositions de :

- l'article L.112-9 du Code des assurances relatif au démarchage à domicile,
- l'article L.112-2-1 du Code des assurances relatif à la vente à distance,

l'Adhérent peut renoncer à l'adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception, pendant 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion (date d'établissement de l'adhésion figurant sur le certificat d'adhésion).

Ce droit de renonciation de l'Adhérent :

- s'exerce sans avoir à justifier de motifs, ni à supporter de pénalités
- ne s'applique pas à l'adhésion pour laquelle l'Adhérent demande expressément, avant l'exercice de son droit, que son contrat d'adhésion soit exécuté intégralement par les parties au contrat.

Quelle que soit la circonstance de l'adhésion (démarchage à domicile ou vente à distance), la lettre de renonciation est à envoyer au délégataire de gestion de l'Assureur, Luxior Assurances 207, rue Jean Jaurès 29200 Brest,

À réception par Luxior Assurances de la lettre recommandée, accompagnée de la carte de tiers payant, l'adhésion et toutes ses garanties prennent fin. Dans les 30 jours qui suivent la réception de cet envoi, il sera procédé au remboursement de la cotisation d'assurance, pour la période postérieure à la date d'effet de la renonciation qui met fin à toutes les garanties du contrat.

Modèle de lettre type de renonciation

«Je soussigné(e) Mdemeurantrenonce à mon adhésion n°.....au contrat "FFA complémentaire frais de soins" souscrit auprès de l'Assureur Allianz, conformément aux dispositions de l'article L.112-9 ou de l'article L.112-2-1 du Code des assurances et demande le remboursement de ma cotisation des sommes versées, déduction faite de la part du versement correspondant à la période durant laquelle le risque a couru.»

J'atteste n'avoir connaissance, à la date d'envoi de cette lettre, d'aucune prestation de santé mettant en jeu une garantie de l'adhésion depuis mon acceptation de l'offre qui m'a préalablement été faite.

Date..... Signature :

2.4 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Au titre de votre adhésion au contrat « FFA Complémentaire frais de soins », sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, le terme « bénéficiaire » ou « assuré » recouvre indifféremment :

- l'Adhérent, lui-même, membre de l'Association, affilié au régime général ou local de la Sécurité sociale, à la Mutualité sociale agricole ou au régime social des professions indépendantes ;
- le conjoint bénéficiant de la Sécurité Sociale, du fait de l'affiliation de l'Adhérent ou d'une affiliation personnelle au régime général ou local de la Sécurité sociale, à la Mutualité sociale agricole ou à l'Assurance maladie des professions indépendantes ;
- les enfants légitimes, naturels, reconnus ou adoptés, rattachés au foyer fiscal de l'Adhérent ou de son conjoint :
 - célibataires et bénéficiant de la Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'Adhérent ou de celle de son conjoint ;
 - âgés de moins de 25 ans et bénéficiant de la sécurité sociale en tant qu'apprentis ;
 - âgés de moins de 26 ans et poursuivant leurs études, affiliés à la sécurité sociale au titre du régime étudiant ou des assurés volontaires.
- La situation justifiée de concubinage notoire ou de cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent est assimilée à la qualité de conjoint.
- Le calcul de l'âge est effectué par différence de millésimes entre celui de l'exercice d'assurance considéré et celui de l'année de naissance du bénéficiaire.

2.5 FORMALITÉS D'ADHÉSION

Afin de pouvoir bénéficier des garanties choisies pour lui-même et pour les membres de sa famille, l'Adhérent doit, lors de sa demande d'adhésion au contrat « FFA Complémentaire frais de soins » :

- compléter avec exactitude un bulletin d'adhésion comportant les renseignements relatifs à l'état civil de chaque bénéficiaire, fournir la photocopie de l'attestation d'assuré social de chaque bénéficiaire.

Les travailleurs non-salariés non agricoles souhaitant bénéficier du dispositif "Madelin" de déductibilité fiscale de leurs cotisations d'assurance complémentaire santé (art L154 bis du code général des impôts) doivent justifier être à jour du paiement de leurs cotisations vieillesse et maladie de leur régime social obligatoire, par la production d'une attestation délivrée par la caisse concernée.

2.6 DATE D'EFFET DES GARANTIES - DÉLAIS D'ATTENTE

Date d'effet des garanties à l'adhésion

Sous réserve du paiement et de l'encaissement de la cotisation ou de la fraction de cotisation, les garanties acceptées par l'Assureur (ou son représentant délégataire de gestion) prennent effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion à la rubrique « Date d'effet ».

Les garanties débutent, à l'égard de chaque bénéficiaire, dès l'admission au contrat d'adhésion et ce, quelle que soit l'antériorité de l'affectation ayant entraîné les frais engagés. Seuls les frais de santé engagés postérieurement à la date d'effet de l'adhésion, en dehors de toute période d'attente et durant la période garantie, seront pris en charge.

Date d'effet des garanties en cours d'adhésion

- En cas de demande d'ajout d'un bénéficiaire, les garanties de l'adhésion à son égard prennent effet, après acceptation de l'Assureur (ou de son représentant délégataire de gestion), le 1^{er} du mois suivant la demande. Pour l'enfant nouveau-né ou adopté, les garanties prennent effet au jour de la naissance ou de l'adoption plénière dès lors que l'enfant est, inscrit sur le certificat d'adhésion dans les 2 mois suivant l'évènement.

- En cas de demande de retrait d'un bénéficiaire pour une raison autre que le décès de celui-ci, les garanties de l'adhésion à son égard cessent leur effet le 1^{er} du mois suivant la demande. L'ajout ou le retrait d'un bénéficiaire donne lieu à l'émission d'un avenant au certificat d'adhésion d'origine.

Délais d'attente et limitations de garanties à l'adhésion ou en cours d'adhésion

À l'adhésion, quelle que soit l'option choisie, pour toute hospitalisation déjà commencée au moment de la prise d'effet des garanties, seuls le ticket modérateur et le forfait journalier sont pris en charge conformément au contrat responsable.

Selon l'option retenue, il peut être appliqué un délai d'attente et des limitations de garanties sur certaines prestations à l'adhésion ou en cas de modifications de garanties en cours d'adhésion.

- pour les options Confort, Prestige et Elite, durant un délai de 3 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de la date d'effet de l'avenant de modification de garanties, la prise en charge de l'ensemble des frais liés à une hospitalisation qui ne fait pas suite à un accident est limitée aux niveaux des garanties de l'option Medium du contrat « FFA Complémentaire frais de soins » ;

- pour les options Prestige et Elite, durant un délai de 12 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de la date d'effet de l'avenant de modification de garanties, la prise en charge des frais de prothèses dentaires, d'appareils dentaires et d'orthodontie, incluant la part prise en charge par la Sécurité sociale, est limitée à un niveau de 225 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale ;

- un délai de 10 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de la date d'effet de l'avenant de modification de garanties, est appliqué pour le versement du forfait prévu, selon l'option choisie, en cas de naissance ou d'adoption plénière d'un enfant et sous réserve de l'inscription obligatoire de l'enfant au certificat d'adhésion dans les 2 mois suivant la naissance ou l'adoption plénière de celui-ci.

La date des prestations retenue est celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale (ou éventuellement sur sa notification de refus) ou, selon le cas, celle figurant sur les factures transmises par les professionnels ou établissements de santé.

Les délais d'attente et limitations de garanties peuvent être abrogés à l'égard de tout bénéficiaire d'une nouvelle adhésion si celle-ci fait suite à une assurance de même nature et de même importance.

Dans le cas où l'assurance précédente aurait des garanties plus faibles, l'Adhérent peut conserver celles-ci pendant le délai d'attente. La date des prestations retenue est celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale (ou éventuellement sur sa notification de refus)

2.7 RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATIONS DES ADHESIONS

Dans les conditions de prise d'effet définies au 2.6 de la présente Notice d'Information, l'adhésion est conclue pour une durée minimale d'un an (date anniversaire), sauf cas de résiliation dans les conditions définies ci-après.

Après un an, l'adhésion se renouvelle annuellement par tacite reconduction à l'échéance principale fixée au 1^{er} avril de chaque année qui suit la première année d'adhésion, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties, Adhérent ou Assureur.

Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

L'Adhérent peut demander la résiliation de son adhésion :

- 2 mois au minimum, avant la date du premier anniversaire

de son adhésion et/ou avant la date de chaque échéance principale de son adhésion (1^{er} avril de chaque année).

- à compter de la date d'un changement de situation ayant un impact sur les risques garantis par l'adhésion (cessation d'affiliation à un régime français légal d'assurance maladie obligatoire, bénéfice de la CMU complémentaire, changement de domicile en dehors de la France métropolitaine et des DOM-ROM.....)

- en cas de désaccord avec une modification du contrat "FFA Complémentaire frais de soins" souscrit par FFA auprès d'Allianz IARD et auquel il adhère (article L.141-4 du Code des assurances).

La demande de résiliation par l'Adhérent doit être adressée, par lettre recommandée avec accusé de réception, à **Luxior Assurances 207, rue Jean Jaurès 29200 Brest**. L'Adhérent doit, entre autres, y indiquer la nature et la date de l'évènement à l'origine de sa demande, fournir si besoin des pièces justificatives et restituer à cette occasion sa carte de tiers payant.

Dans tous les cas de figure, la date d'effet de résiliation ne peut être antérieure à sa demande.

Résiliation à l'initiative de l'Assureur (ou de son représentant délégataire de gestion)

- À défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation à l'expiration d'un délai de dix jours qui suit son échéance, l'Adhérent reçoit une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû dans les conditions fixées par l'article L.113.3 du Code des assurances. Si la cotisation ou la fraction de cotisation n'est pas intégralement payée dans un délai de 30 jours après l'envoi de ce pli recommandé, les garanties de l'adhésion sont suspendues. À défaut de paiement 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours, l'adhésion est résiliée de plein droit et sans autre formalité. Les coûts d'établissement et d'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure sont à dans ce cas à la charge de l'Adhérent.

- En cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de la part de l'Adhérent.

- En cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe, l'Adhérent en est informé dans un délai de 2 mois minimum avant la date d'effet de cette résiliation. L'adhésion en cours à cette date continuera d'être gérée par l'Assureur dans des conditions de garanties et de tarif en vigueur à cette date.

Toutefois, si l'Adhérent est un travailleur non salarié non agricole, il ne pourra plus à ce titre bénéficier, des avantages du dispositif fiscal « dit Madelin » réservé à cette catégorie socio professionnelle (article L144-1 du Code des assurances).

2.8 DUREE DES GARANTIES À L'ÉGARD DE CHAQUE BÉNÉFICIAIRE

L'assurance est accordée aux bénéficiaires mentionnés sur le certificat d'adhésion, jusqu'à la date de cessation des garanties définie ci-après pour chacun des cas suivants :

- à la date à laquelle les bénéficiaires, tels que définis dans la présente Notice d'Information, ne répondent plus aux conditions leur conférant cette qualité ;

- à la date qui précède la date d'échéance anniversaire et/ou la date d'échéance principale en cas de demande de résiliation par l'Adhérent, par lettre recommandée avec accusé de réception, au plus tard deux mois avant chacune de ces échéances

- au dernier jour du mois de la demande de résiliation pour changement de situation et sous réserve de la réception du justificatif du changement de situation au plus tard le mois suivant cette demande. À défaut du respect de ces conditions, la résiliation sera effective au dernier jour du mois de réception du justificatif,

- à la date à laquelle il n'est plus affilié au régime général ou local de la Sécurité sociale, à la Mutualité sociale agricole ou au régime social des professions indépendantes ;

- dans les conditions définies en cas de cessation du paiement des primes (article L113 -3 du Code des assurances) ;

- en cas de retrait d'agrément à l'Assureur ;

- à la date du décès de l'Adhérent, l'adhésion cesse de plein droit à effet immédiat et pour l'ensemble des bénéficiaires sous réserve de l'application du paragraphe 2.9 - MAINTIEN DES GARANTIES de la présente Notice d'Information, ci-après.

Les soins dispensés ou les dépenses engagées après la date de cessation des garanties sont exclus des garanties et les attestations d'assurance de tiers payant doivent être restituées. Toute prestation indûment prise en charge sera remboursée à l'Assureur (ou à son représentant délégataire de gestion).

2.9 MAINTIEN DES GARANTIES

Pour les conjoints et/ou enfants perdant la qualité de bénéficiaire du fait du décès de l'Adhérent, il est proposé le maintien au contrat d'adhésion au titre de l'option dont ils bénéficiaient précédemment sous réserve qu'ils bénéficient d'un régime de Sécurité sociale.

III GARANTIES ET PRESTATIONS

3.1 OBJET DES GARANTIES

Dans la limite des frais réels exposés et suivant les limites de l'option choisie lors de l'Adhésion au contrat « FFA Complémentaire frais de soins », les garanties ont pour objet de rembourser partiellement ou totalement les dépenses de santé des assurés bénéficiaires en cas de maladie, accident ou maternité.

Ce remboursement intervient soit en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, la Mutualité sociale agricole ou l'Assurance maladie des professions indépendantes, soit en supplément de l'éventuelle part prise en charge par ces régimes obligatoires.

Quand les garanties sont exprimées en pourcentage (de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale), elles incluent la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Quand les garanties sont exprimées en euro, elles s'ajoutent à l'éventuelle part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Hospitalisation (inclus les soins ambulatoires et l'hospitalisation à domicile)

Dans le cadre de l'option choisie, sont pris en charge, en cas d'hospitalisation dans un établissement public ou privé conventionné ou non pour un court ou moyen séjour :

- les frais de séjour et le forfait journalier hospitalier ;
- les honoraires médicaux et chirurgicaux s'ils donnent lieu à un remboursement par la Sécurité sociale. Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale. Conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables, le taux de remboursement est différencié si le médecin est signataire ou non du contrat d'accès aux soins ou s'il a souscrit, à compter du 1^{er} janvier 2017, à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens).
- le forfait de 18€ pour les actes coûteux (article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale) ;
- Les frais de transport en ambulance ;

Dans le cadre de l'option choisie, les frais d'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Suivant l'option retenue, le remboursement des frais de chambre particulière et d'accompagnement est forfaitaire et exprimé en euro, par bénéficiaire et par jour. **Quand ils sont pris en charge, les frais de chambre particulière sont limités à 90 jours/an pour les soins de suite et de réadaptation et par bénéficiaire. Ils sont exclus pour les établissements ou unités psychiatriques, les soins de cure ou postcure ainsi qu'en ambulatoire.**

Médecine courante

Dans le cadre de l'option choisie, sont pris en charge, dès lors qu'ils font l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale :

- les frais de consultations des médecins généralistes et spécialistes.
- les visites et actes des auxiliaires médicaux (infirmier, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue)
- les frais qui se rapportent aux examens médicaux dans les laboratoires d'analyses médicales et les cabinets de radiologie
- les frais qui se rapportent à l'achat de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, béquilles, semelles orthopédiques, prothèses auditives, fauteuils roulants...
- les actes techniques médicaux des médecins généralistes et spécialistes, les examens médicaux dans les cabinets de radiologie.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables, le taux de remboursement est différencié si le médecin est signataire ou non du contrat d'accès aux soins ou s'il a souscrit, à compter du 1^{er} janvier 2017, à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM).

Médecine complémentaire

Suivant l'option retenue, le remboursement des actes effectués par des ostéopathes, acupuncteurs, pédicures-podologues, diététiciens, homéopathes, sophrologues, sexologues, étioopathes, est forfaitaire et exprimé en euro, par bénéficiaire et par année d'assurance. Le remboursement est limité à 25 euros par visite dans la limite de 4 séances par année d'assurance.

Pharmacie

Dans le cadre de l'option choisie, sont pris en charge les frais de médicaments prescrits et remboursés par la Sécurité sociale. Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Suivant l'option retenue, le remboursement des frais de vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et d'homéopathie délivrée sur prescription médicale est forfaitaire et exprimé en euro, par

bénéficiaire et par année d'assurance.

Dentaire

Suivant l'option choisie, sont pris en charge, dès lors qu'ils font l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale :

- les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien-dentiste, les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux ;
- les frais de prothèses dentaires, d'appareils dentaires et d'orthodontie. Suivant l'option retenue, un bonus en deuxième et troisième année d'assurance permet d'augmenter le remboursement de ces frais.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Suivant l'option retenue :

- un forfait supplémentaire, exprimé en euro, par bénéficiaire et par année d'assurance, est ajouté pour les prothèses dentaires, l'implantologie et la parodontie non remboursées par la Sécurité sociale. Ce remboursement forfaitaire maximal est non reportable sur l'année suivante ;
- le montant total garanti sur les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie, d'implantologie, de parodontie, remboursés ou non par la Sécurité sociale, est plafonné, par année d'assurance et par bénéficiaire.

Optique

Dans le cadre de l'option choisie, sont pris en charge, dès lors qu'ils font l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale :

- les lentilles correctrices. À noter les lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale font également l'objet d'une prise en charge selon l'option choisie.
- les opérations de correction de la myopie
- les opérations de chirurgie réfractive (garanties senior uniquement)
- les lunettes (verres plus monture) acceptées par la Sécurité sociale au ticket modérateur. Votre adhésion prend en charge un équipement optique (verres plus monture) :
 - tous les 2 ans à partir de la dernière date d'acquisition de l'équipement optique
 - annuellement, si une évolution de la vue le justifie pour le majeur ou si l'assuré est mineur

Le remboursement maximum, par personne assurée, inclut la prise en charge du ticket modérateur et une couverture de la monture dans la limite de 150 euros.

Ce remboursement est variable en fonction des verres et du type de correction

Prestations diverses

Dans le cadre de l'option choisie, certaines prestations font l'objet d'un remboursement spécifique :

- en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant dès lors que l'enfant est inscrit sur le certificat d'adhésion dans les 2 mois suivant l'événement et sous réserve d'un délai d'attente de 10 mois : un forfait est réglé au bénéficiaire sur présentation de l'acte de naissance ou du certificat d'adoption plénière de l'enfant. Un seul forfait est versé par enfant et par foyer.
- Prothèses orthopédiques : remboursement si prescrites et remboursées par la Sécurité sociale,
- Prothèses auditives : remboursement si prescrites et remboursées par la Sécurité sociale. Selon l'option retenue, un forfait annuel peut être alloué par bénéficiaire.
- Prothèses capillaires refusées par la Sécurité sociale : un forfait annuel est alloué selon option retenue.
- Cure thermale : un forfait est alloué, en remboursement des dépenses pour prestations extra-légales (frais de transport et d'hébergement) selon l'option retenue.
- Frais obsèques : un forfait est alloué en cas de décès du bénéficiaire avant 66 ans selon l'option retenue (garanties TNS et salarié, non senior uniquement).

3.2 ÉTENDUE DES GARANTIES

Étendue territoriale

L'assurance s'applique aux seuls frais exposés en France, y compris dans les Départements et Régions d'Outremer (DOM - ROM) et pour des bénéficiaires ayant leur domicile dans ces limites.

Par extension, elle s'applique également aux soins et traitements ayant dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence et lorsqu'ils sont survenus au cours des trente premiers jours d'un voyage en quelque pays que ce soit. En tout état de cause, cette prise en charge ne peut intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et selon la codification qu'elle a appliquée.

Exclusions de garanties

La garantie de l'Assureur n'est pas acquise pour :

- les actes non pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité, sauf actes prévus au titre des

garanties de l'option choisie ;

■ les frais de santé engagés avant la date d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties ;

■ les frais de santé engagés pendant les périodes d'attente (limitations de garantie à l'adhésion) ;

■ les traitements ayant un but esthétique, sauf ceux consécutifs à un accident couvert par votre adhésion au contrat "FFA Complémentaire frais de soins" et pris en charge par la Sécurité sociale ;

■ les frais d'hébergement facturés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ;

■ les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :

- dans les unités/centres de long séjour (article L174-6 du Code de la Sécurité sociale) ;

- dans les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale (article L312-1 I 6 du Code de l'action sociale et des familles) ;

- dans des établissements pour cures autres que cures thermales prescrites médicalement et effectuées dans un établissement conventionné par l'assurance maladie obligatoire.

■ Les frais de chambre particulière lors d'une hospitalisation suite à des accidents et maladies occasionnés par :

- la guerre civile ou étrangère, l'utilisation d'engins ou armes de guerre,

- les émeutes, mouvements populaires, rixes (sauf en cas de légitime défense), les actes de terrorisme ou de sabotage, lorsque le bénéficiaire y prend une part active, ces actes étant assimilés à la guerre civile en ce qui concerne la charge de la preuve,

- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,

3.3 CHOIX DES GARANTIES À L'ADHÉSION

Au moment de la demande d'adhésion au contrat, l'Adhérent a le choix entre plusieurs garanties. L'option retenue par l'adhérent est indiquée sur le certificat d'adhésion et le détail des prestations est joint au contrat.

L'option de garanties retenue par l'Adhérent s'applique également à son conjoint et ses enfants appelés à bénéficier de l'adhésion au contrat "FFA Complémentaire frais de soins".

3.4 MODIFICATION DE GARANTIES

Sous réserve de satisfaire à nouveau aux formalités d'admission, l'Adhérent a la faculté de changer de garanties en formulant une demande de changement d'option dans les conditions suivantes :

■ après un délai minimum d'un an suivant la date d'effet de l'adhésion, le changement d'option prendra effet, à la date figurant sur l'avenant de modifications de garanties, soit au 1er jour du mois qui suit cette demande ;

■ l'intervalle entre deux changements de garanties doit être d'une année minimum.

■ des limitations de garanties pourront être appliquées en fonction du niveau de prestations de la garantie d'origine et celui de la nouvelle garantie.

■ La modification, concernant le module dentaire, conduira à l'application des garanties de l'année 1 de l'option choisie, même si l'assuré bénéficiait auparavant de montants de prestations prévus en année 2 ou 3 et suivantes au titre des garanties de son option initialement choisie. Le passage au niveau de prestations des années suivantes sera déterminé à partir de la date d'effet de l'avenant de modification de garantie.

■ la modification concernera l'ensemble des assurés bénéficiaires désignés au certificat d'adhésion.

■ la modification de garanties entraîne la modification de la cotisation.

3.5 VERSEMENT DES PRESTATIONS PAR L'ASSUREUR

Le versement des prestations dues par l'Assureur sont versées par l'intermédiaire de son représentant délégué de gestion à partir des différents types d'informations nécessaires fournies.

Télétransmission Noémie

Lors de sa demande d'adhésion, l'Adhérent indique son numéro de Sécurité sociale ainsi que le numéro de rattachement de sa caisse obligatoire ou fournit une copie de son attestation de caisse obligatoire. Ces éléments permettent de mettre en place la télétransmission Noémie avec les caisses obligatoires, dans un délai minimum d'un mois. Les remboursements sont générés automatiquement à réception des informations par LUXIOR ASSURANCES.

Durant le délai de mis en place de la télétransmission ou si la

télétransmission ne peut pas être mise en place (caisses n'ayant pas d'accord avec Luxior Assurances, enfant rattaché à un adulte non inscrit au certificat d'adhésion...) tout remboursement se fait à partir du décompte original (papier ou dématérialisé) de la caisse obligatoire fourni par l'Assuré à Luxior Assurances 207, rue Jean Jaurès 29200 Brest, accompagné d'une facture originale détaillée précisant la nomenclature de l'acte (hospitalisation, appareillages divers, optique, prothèses auditives...).

Cas spécifiques

Pour obtenir le remboursement des frais exposés selon les conditions de garanties de l'option choisie, l'Assuré bénéficiaire doit fournir les justificatifs précisés ci-dessous :

■ Optique : joindre la facture originale détaillée et la prescription médicale, pouvant comporter l'adaptation de la correction que l'opticien lunetier aura réalisée lors d'un renouvellement d'une ordonnance conformément aux règles fixées par le décret du 12 octobre 2016 (relatif aux conditions de délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire correctrice et aux règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier).

En cas d'urgence constatée et de délivrance de nouvelles lunettes sans ordonnance médicale suite à une perte ou un bris de verres correcteurs, et si le forfait n'a pas déjà été versé, joindre la facture détaillée et le résultat de l'examen de réfraction réalisé par l'opticien-lunetier.

■ Prothèses dentaires et implants non pris en charge par la Sécurité sociale : joindre la facture originale détaillée du dentiste.

■ Prothèses capillaires : joindre la facture originale du fournisseur.

■ Cure thermale : Le forfait est réglé, en remboursement des dépenses pour des prestations extra-légales (frais de transport et d'hébergement), sous réserve de la fourniture des factures relatives aux frais engagés.

■ Allocation Naissance / Adoption plénière par enfant (garanties non senior) : Le forfait est réglé au bénéficiaire sur présentation de l'acte de naissance ou du certificat d'adoption de l'enfant. Un seul forfait est versé par enfant et par foyer. L'enfant doit obligatoirement être inscrit sur le certificat d'adhésion dans un délai de 2 mois suivant la naissance pour que le forfait soit versé.

■ Allocation obsèques (garanties non senior) : Le forfait est réglé sous réserve de la fourniture de l'acte de décès du bénéficiaire décédé accompagné de la facture relative aux frais engagés.

Les pièces nécessaires au paiement des prestations doivent être transmises par l'Adhérent (sauf cas fortuit ou de force majeure) dans les plus brefs délais et au plus tard dans un délai de 2 ans à compter de la date où les frais ont été exposés.

À défaut de transmission des documents dans les conditions ci-dessus, les prestations ne pourront pas être versées

Tiers payant

Le service de tiers payant dispense les bénéficiaires de l'adhésion de régler tout ou partie de leurs frais de santé directement à un professionnel de santé qui l'utilise. Le professionnel de santé est dans ce cas payé directement par l'assurance maladie obligatoire et/ ou par le représentant de votre assureur maladie complémentaire santé, en sa qualité de délégué de gestion pour les soins ou produits que celui-ci a délivré à un bénéficiaire de l'adhésion au contrat « FFA Complémentaire frais de soins ».

Afin de pouvoir utiliser ce service, une attestation de tiers payant (SP Santé), est délivrée à l'Adhérent et est renouvelée périodiquement sous réserve du paiement des cotisations dues au titre de l'adhésion au contrat "FFA Complémentaire frais de soins".

3.6 PLURALITE D'ASSUREURS - LIMITES DE GARANTIES

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire de l'adhésion au contrat « FFA Complémentaire santé » peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

3.7 MODIFICATION RÉGLEMENTAIRE DE LA COUVERTURE SOCIALE

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

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

■ soit le maintien de votre cotisation en contrepartie d'une révision de votre niveau de garantie.

Dans tous les cas, la modification est notifiée à l'Adhérent par la

Fédération Française des Assurés (F.F.A.), et, en cas de désaccord, l'Adhérent a la possibilité de demander la résiliation de son adhésion dans le délai et les conditions indiquées dans la notification de la F.F.A.

3.8 CONTRÔLE MÉDICAL

Dans tous les cas et à toute époque, le service médical et les services administratifs d'Allianz ou ceux de son délégataire de gestion ont libre accès auprès de tout bénéficiaire pour obtenir des compléments d'information et vérifier, le cas échéant, si les dossiers soumis en vue d'un remboursement complémentaire ne sont pas visés par les exclusions mentionnées au contrat d'adhésion.

De plus, l'Assureur ou son représentant délégataire de gestion se réserve le droit de faire visiter par le médecin de son choix, tout bénéficiaire sinistré. Le médecin traitant de l'intéressé a la faculté d'assister à l'examen du médecin délégué par l'Assureur.

En cas de refus d'un bénéficiaire, dans un délai de 10 jours suivant la mise en demeure de se soumettre à un examen médical ou de transmettre les documents demandés le versement des prestations sera suspendu à son égard

3.9 CONFIDENTIALITE MEDICALE

Les informations médicales recueillies directement ou indirectement (notamment feuilles de soins, demandes de prises en charges établies par les établissements hospitaliers publics ou privés, flux informatiques télétransmis par les professionnels de santé que

vous consultez, courriers et ou certificats médicaux que vous nous adressez) font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de votre dossier par le service médical d'Allianz ou de son Représentant délégataire de gestion.

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

La signature de votre adhésion au contrat "FFA Complémentaire frais de soins" vaut acceptation tacite de votre part pour la transmission :

- au service médical d'Allianz ou de son Représentant délégataire de gestion, dans le respect du secret médical, de l'ensemble des données soumises au respect du secret médical qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.

- aux services administratifs de Luxior Assurances, dans le respect du secret professionnel, de l'ensemble des données comportant des renseignements soumis au respect du secret professionnel (y compris ceux qui nous parviendraient directement par les organismes gérant votre régime obligatoire, ainsi que par les organismes de soins ou professionnels de santé), qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.

IV COTISATIONS

4.1 FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Mode de fixation des cotisations

À la date d'effet de l'adhésion et à la date d'effet d'une modification en cours de contrat, la cotisation annuelle est déterminée en fonction de l'âge des Assurés bénéficiaires des garanties, de l'option choisie par l'Adhérent et du nombre de personnes assurées au titre de l'adhésion.

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

Évolution des cotisations

La cotisation évolue à chaque échéance principale de l'adhésion au contrat, soit le 1^{er} avril de chaque année, en fonction :

- de l'âge atteint par les Assurés à cette date. Toutefois la cotisation « enfant » est forfaitaire jusqu'à l'âge de 25 ans inclus ;
- de l'évolution de la « consommation médicale totale des ménages » publiée dans le rapport annuel des comptes nationaux de la santé ;
- des résultats techniques du contrat "FFA Complémentaire frais de soins".
- suite à des évolutions d'ordre fiscal (taxes), législatif ou réglementaire qui viendraient à modifier la couverture d'un régime obligatoire français d'assurances maladie et de maternité, entraînant une modification de tout ou partie de engagements de l'Assureur.

4.2 PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ADHERENT

Conditions de paiement des cotisations

En contrepartie des engagements de l'Assureur, l'Adhérent s'engage à verser les cotisations de son assurance complémentaire santé.

V DIVERS

5.1 OBLIGATIONS D'INFORMATION

Déclarations de l'Adhérent

L'Adhérent doit informer LUXIOR Assurances pour toutes les personnes mentionnées sur le certificat d'adhésion, toute modification importante du risque :

- changement de domicile ;
- changement de composition de la famille notamment suite à naissance, union, mariage, séparation, décès ;
- changement de régime social ;
- changement de coordonnées bancaires ;
- séjour à l'étranger de plus d'un mois ;

Toute omission ou inexactitude dans les déclarations à l'adhésion ou en cours de contrat entraîne l'application des sanctions prévues par les articles L.113-8 (fausse déclaration intentionnelle) et L.113-9 (fausse déclaration non intentionnelle) du Code des assurances.

La cotisation est exigible annuellement et est payable d'avance, à la date d'échéance indiquée le certificat d'adhésion, auprès de la Fédération Française des Assurés (F.F.A.) après régularisation d'un mandat de prélèvement SEPA.

L'Adhérent peut également bénéficier d'un paiement fractionné (mensuel, trimestriel, semestriel) de sa cotisation annuelle.

Défaut de paiement des cotisations

Le paiement de la cotisation est obligatoire et la procédure d'exécution repose sur l'article L.113-3 du Code des assurances.

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, la Fédération Française des Assurés (F.F.A.) adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû.

Si la cotisation ou la fraction de cotisation due n'est pas intégralement payée dans un délai de 30 jours après l'envoi de ce pli recommandé, les garanties sont suspendues.

À défaut de paiement 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours, l'adhésion sera résiliée de plein droit et sans autre formalité.

La suspension de garanties fait perdre à l'ensemble des personnes assurées, le droit aux prestations définies au certificat d'adhésion, même si la cotisation impayée est ultérieurement réglée, en ce qui concerne les dépenses occasionnées par des soins reçus pendant la période de suspension.

Le contrat non résilié reprend ses effets, pour l'avenir, à midi le lendemain du jour où la cotisation ou fraction de la cotisation a été réglée.

La résiliation met fin à l'adhésion et à toutes les garanties et n'empêche pas la Fédération Française des Assurés (F.F.A.) de poursuivre en justice le recouvrement de la cotisation due,

Information des Adhérents par la Fédération Française des Assurés (F.F.A.)

En application de l'article L.141-4 du Code des assurances, les modifications du contrat n° 196 4A8034 S « FFA complémentaire frais de soins », susceptibles d'impacter les adhésions en cours en portant sur les droits et obligations des Adhérents au contrat, seront notifiées aux Adhérents par la Fédération Française des Assurés, dans un délai de trois mois au minimum avant la date prévue de l'entrée en vigueur des modifications.

En cas de désaccord, l'Adhérent qui le souhaite peut résilier son adhésion en raison de ces modifications dans le délai et les conditions indiquées dans la notification.

5.2 DROIT D'OPPOSITION DES CONSOMMATEURS AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE :

Si l'Adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique.

Toutefois, le démarchage téléphonique pour proposer à l'Adhérent

de nouvelles offres reste autorisé à tous les professionnels avec lesquels il a au moins un contrat en cours.

Ces dispositions sont applicables à tout consommateur c'est à dire à toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale.»

5.3 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies font l'objet de traitements destinés à la gestion de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe "FFA Complémentaire frais de soins" et à la relation commerciale. Certains de ces traitements sont susceptibles d'être effectués par nos prestataires dans ou hors d'Europe. Les données transmises par l'Adhérent pourront être utilisées, sauf opposition de sa part, dans un but de prospection pour les produits distribués par votre courtier.

Conformément à loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assuré bénéficie d'un droit d'accès, de modification de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de notre société, des assureurs, réassureurs et des organismes professionnels en nous adressant une demande écrite auprès de : **La Fédération Française des Assurés, 207 rue Jean Jaurès, CS 52826, 29228 Brest Cedex 2.**

Dans le cadre de notre politique de maîtrise des risques et de lutte anti-fraude, nous nous réservons le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les Autorités compétentes conformément à la réglementation en vigueur.

5.4 RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

L'Assuré peut formuler toute réclamation au sujet du contrat d'adhésion ou de son exécution auprès de la Fédération Française des Assurés, 207 rue Jean Jaurès, CS 52826, 29228 Brest Cedex 2.

Si au terme de cette démarche, l'Assuré n'est pas satisfait des réponses données, il peut adresser une réclamation par courriel à clients@allianz.fr ou par simple lettre à l'adresse suivante : **Allianz - Relations Clients, Case Courrier S1803 1, Cours Michelet CS 30051 92076 Paris La Défense Cedex.**

Allianz France adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances.

Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif relatif à une garantie, l'Assuré a la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au **Médiateur de l'Assurance**, dont les coordonnées postales sont : **La Médiation de l'Assurance TSA 50110 -75441 Paris cedex 09 - et les coordonnées web : www.mediation-assurance.org**

Ces examens ou réclamations sont sans préjudice des autres voies d'actions légales.

5.5 PRESCRIPTION

Aucune action ni réclamation concernant le contrat d'assurance complémentaire santé ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription. La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

■ 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'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.

■ 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 sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil ; parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, demande en justice même en référé, acte d'exécution forcée. Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription se reporter aux articles du Code civil précités.

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.

■ 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.

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

5.6 SUBROGATION

L'Assureur ou son représentant délégataire de gestion sont subrogés dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable pour le remboursement des prestations prévues au contrat.

5.7 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT

Les contrôles que nous sommes légalement tenus d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent nous conduire à tout moment à vous demander des explications ou des justificatifs. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 et au Code monétaire et financier, l'Assuré bénéficie d'un droit d'accès aux données le concernant en adressant un courrier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

5.8 CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

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

VI TABLEAUX DE GARANTIES

6.1 CIBLE NON SENIOR

Ces niveaux de garanties sont responsables : vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables».

Aucun questionnaire médical	PRIMO	ECO	ECO+	BUDGET	MEDIUM	CONFORT	PRESTIGE	ELITE
HOSPITALISATION* (y compris la maternité)								
Frais de séjour	100%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires, chirurgie, anesthésie								
■ Médecin ayant adhéré aux contrats d'accès aux soins ou à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	155%	170%	220%	300%	400%
■ Médecin n'ayant pas adhéré aux contrats d'accès aux soins ou à l'OPTAM	100%	100%	100%	135%	150%	200%	200%	200%
Chambre particulière ⁽²⁾	-	40 € / jour	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour	70 € / jour	90 € / jour	100 € / jour
Lit accompagnant : Enfant (- de 16 ans) 60 jours max/an	-	35 € / jour	35 € / jour	35 € / jour	35 € / jour	35 € / jour	35 € / jour	35 € / jour
Lit accompagnant : Adulte 15 jours max/an	-	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour
Transport ambulance	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%	300%
Hospitalisation à domicile	100%	100%	100%	135%	150%	200%	300%	400%
SECTEUR NON-CONVENTIONNE								
Frais de séjour et intervention chirurgicale et médicale	100%	100%	100%	135%	150%	200%	200%	225%
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière ⁽²⁾	-	-	-	35 € / jour	50 € / jour			
MEDECINE COURANTE								
Consultations généralistes, spécialistes, visites								
■ Médecin ayant adhéré aux contrats d'accès aux soins ou à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	145%	170%	195%	220%	300%
■ Médecin n'ayant pas adhéré aux contrats d'accès aux soins ou à l'OPTAM	100%	100%	100%	125%	150%	175%	200%	200%
Auxiliaires médicaux, laboratoire, petits appareillages	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%	300%
Petite chirurgie, actes techniques médicaux, radiologie								
■ Médecin ayant adhéré aux contrats d'accès aux soins ou à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	145%	170%	170%	220%	300%
■ Médecin n'ayant pas adhéré aux contrats d'accès aux soins ou à l'OPTAM	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%	200%
MEDECINE COMPLEMENTAIRE (4 consultations / an) :								
Ostéopathe - Chiropracteur - Pédicure - Podologue - Diététicien	-	-	-	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Homéopathe - Acupuncteur - Sophrologue - Sexologue - Ethioptathe	-	-	-	(25 €/visite)				
PHARMACIE								
Médicaments remboursés à 65 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés à 30 % et 15 %	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccin non remboursé / homéopathie sur prescription médicale	-	20 € / an	20 € / an	50 € / an	50 € / an	100 € / an	100 € / an	100 € / an
DENTAIRE								
Acte / Soins	100%	100%	100%	125%	150%	225%	300%	400%
Inlay-core, onlay-core, prothèse et orthodontie remboursés	100%	100%	100%	125%	150%	225%	300%**	400%**
- Bonus 2 ^{ème} année +25%	-	-	-	150%	175%	250%	325%	425%
- Bonus 3 ^{ème} année +50%	-	-	-	175%	200%	275%	350%	450%
Forfait suppl. : Prothèses, implantologie et parodontie non remboursées	-	-	65 €	115 €	130 €	200 €	250 €	300 €
Plafond de remboursement :								
1 ^{ère} année	-	-	-	-	-	750 €	1 000 €	1 000 €
2 ^{ème} année	-	sans plafond	sans plafond	sans plafond	sans plafond	1 200 €	1 500 €	1 500 €
années suivantes	-	-	-	-	-	2 000 €	2 500 €	2 500 €
OPTIQUE⁽³⁾								
Lentilles remboursées ou non, Opération de la myopie	100%	100%	100 €	200 €	255 €	310 €	390 €	470 €
Verres et montures remboursés (acceptés par la SS) : (Un équipement par bénéficiaire tous les 2 ans entre chaque consommation ; 1 équipement par an en cas d'évolution de la correction ou pour les enfants mineurs)								
■ de «correction simple» a)	100%	100%	100 €	200 €	255 €	310 €	390 €	470 €
■ l'un de «correction simple», l'autre de «correction complexe ou très complexe» b)	100%	100%	125 €	200 €	255 €	310 €	390 €	470 €
■ de «correction complexe ou très complexe» c)	100%	100%	200 €	240 €	290 €	350 €	455 €	560 €
PRESTATIONS DIVERSES								
Forfait naissance / adoption par enfant par foyer ⁽⁴⁾	-	-	-	145 €	175 €	195 €	205 €	215 €
Prothèse orthopédique	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%	300%
Prothèse auditive (Remboursement maximum annuel avec un minimum de 100%)	100%	100%	100%	125% + 100 €	150% + 100 €	150% + 200 €	200% + 260 €	300% + 340 €
Prothèse capillaire (forfait annuel)	-	-	-	50 €	50 €	100 €	100 €	100 €
Cure thermale (soins + forfait annuel pour hébergement, transport)	100%	100%	100%	100% + 135 €	100% + 135 €	150% + 185 €	200% + 275 €	300% + 345 €
Allocation obsèques (jusqu'à 65 ans)	-	-	-	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €

Prestations : exprimées en pourcentage des tarifs de convention et/ou base de remboursement (en secteur non conventionné) sous déduction de remboursement du Régime obligatoire, dans la limite des frais réels.

(1) Le médecin s'engage à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés dans le cadre de son adhésion au contrat d'accès aux soins ou, à compter du 1^{er} janvier 2017 dans le cadre de son adhésion à l'Option Pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens).

(2) Chambre seule limitée à 90 jours par an pour les établissements de soins de suite et de réadaptation et exclue pour les établissements et unités psychiatriques, de soins de cure ou post-cure ainsi qu'en ambulatoire.

(3) Remboursement d'un équipement optique (verres et monture) par période de deux ans entre chaque consommation dont un plafond de remboursement pour la monture de 150 € (sauf pour les mineurs ou en cas de changement de correction pour les majeurs : un équipement par an)

a) Correction simple (définition contrat responsable) : verres simple 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 ;

b) Correction complexe (définition contrat responsable) : verres simple 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 ;

c) Correction très complexe (définition contrat responsable) : 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.

(4) inscription obligatoire de l'enfant dans les 2 mois suivant la naissance ou l'adoption plénière. Délai d'attente 10 mois.

Limitations :

* L'hospitalisation est plafonnée à l'option Médium les 3 premiers mois.

** Délai d'attente en Prestige et Elite : les prothèses dentaires sont plafonnées à 225 % pendant les 12 premiers mois sauf abrogation.

6.2 CIBLE SENIOR

Ces niveaux de garanties sont responsables : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables».

Aucun questionnaire médical	PRIMO	ECO	ECO +	BUDGET	MEDIUM	CONFORT	PRESTIGE
HOSPITALISATION*							
Frais de séjour	100%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires, chirurgie, anesthésie							
■ Médecin ayant adhéré aux contrats d'accès aux soins ou à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	155%	170%	220%	300%
■ Médecin n'ayant pas adhéré aux contrats d'accès aux soins ou à l'OPTAM	100%	100%	100%	135%	150%	200%	200%
Chambre particulière ⁽²⁾	-	40 € / jour	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour	70 € / jour	90 € / jour
Lit accompagnant : Adulte 15 jours max/an	-	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour
Transport ambulance	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%
Hospitalisation à domicile	100%	100%	100%	135%	150%	200%	300%
SECTEUR NON-CONVENTIONNE							
Frais de séjour et intervention chirurgicale et médicale	100%	100%	100%	135%	150%	200%	200%
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière ⁽²⁾	-	-	-	35 € / jour			
MEDECINE COURANTE							
Consultations généralistes, spécialistes, visites							
■ Médecin ayant adhéré aux contrats d'accès aux soins ou à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	145%	170%	195%	220%
■ Médecin n'ayant pas adhéré aux contrats d'accès aux soins ou à l'OPTAM	100%	100%	100%	125%	150%	175%	200%
Auxiliaires médicaux, laboratoire, petits appareillages	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%
Petite chirurgie, actes techniques médicaux, radiologie							
■ Médecin ayant adhéré aux contrats d'accès aux soins ou à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	100%	145%	170%	170%	220%
■ Médecin n'ayant pas adhéré aux contrats d'accès aux soins ou à l'OPTAM	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%
Ostéodensitométrie (non pris en charge)	-	30 €	30 €	35 €	40 €	40 €	45 €
MEDECINE COMPLEMENTAIRE (4 consultations / an) :							
Ostéopathe - Chiropracteur - Pédiacre - Podologue - Diététicien	-	-	-	100 €	100 €	100 €	100 €
Homéopathe - Acupuncteur - Sophrologue - Sexologue - Ethiope	-	-	-	(25 €/visite)	(25 €/visite)	(25 €/visite)	(25 €/visite)
PHARMACIE							
Médicaments remboursés à 65 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés à 30 % et 15 %	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccin non remboursé / homéopathie sur prescription médicale	-	20 € / an	20 € / an	50 € / an	50 € / an	100 € / an	100 € / an
DENTAIRE							
Acte / Soin							
Inlay-core, onlay-core, prothèse et orthodontie remboursés	100%	100%	100%	125%	150%	225%	300%
- Bonus 2 ^{ème} année +25%	-	-	-	150%	175%	250%	325%
- Bonus 3 ^{ème} année +50%	-	-	-	175%	200%	275%	350%
Forfait suppl. : Prothèses, implantologie et parodontologie non remboursées	-	-	65 €	115 €	130 €	200 €	250 €
Plafond de remboursement :							
1 ^{ère} année	-	sans plafond	sans plafond	sans plafond	sans plafond	750 €	1 000 €
2 ^{ème} année	-					1 200 €	1 500 €
années suivantes	-					2 000 €	2 500 €
OPTIQUE⁽³⁾							
Lentilles remboursées ou non, Chirurgie réfractive	100%	100%	100 €	200 €	255 €	310 €	390 €
Verres et montures remboursés (acceptés par la SS) : (Un équipement par bénéficiaire tous les 2 ans entre chaque consommation ; un équipement par an en cas d'évolution de la correction) :							
■ de «correction simple» a)	100%	100%	100 €	200 €	255 €	310 €	390 €
■ l'un de «correction simple», l'autre de «correction complexe ou très complexe» b)	100%	100%	125 €	200 €	255 €	310 €	390 €
■ de «correction complexe ou très complexe» c)	100%	100%	200 €	240 €	290 €	350 €	455 €
PRESTATIONS DIVERSES							
Prothèse orthopédique	100%	100%	100%	125%	150%	150%	200%
Prothèse auditive (Remboursement maximum annuel avec un minimum de 100%)	100%	100%	100%	125% + 100 €	150% + 100 €	150% + 200 €	200% + 260 €
Prothèse capillaire (forfait annuel)	-	-	-	50 €	50 €	100 €	100 €
Cure thermale (soins + forfait annuel pour hébergement, transport)	100%	100%	100%	100% + 135 €	100% + 135 €	150% + 185 €	200% + 275 €

Prestations : exprimées en pourcentage des tarifs de convention et/ou base de remboursement (en secteur non conventionné) sous déduction de remboursement du Régime obligatoire, dans la limite des frais réels.

(1) Le médecin s'engage à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés dans le cadre de son adhésion au contrat d'accès aux soins ou, à compter du 1^{er} janvier 2017 dans le cadre de son adhésion à l'Option Pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens).

(2) Chambre seule limitée à 90 jours par an pour les établissements de soins de suite et de réadaptation et exclue pour les établissements et unités psychiatriques, de soins de cure ou post-cure ainsi qu'en ambulatoire.

(3) Remboursement d'un équipement optique (verres et monture) par période de deux ans entre chaque consommation dont un plafond de remboursement pour la monture de 150 € (sauf pour les mineurs ou en cas de changement de correction pour les majeurs : un équipement par an)

a) Correction simple (définition contrat responsable) : verres simple 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 ;

b) Correction complexe (définition contrat responsable) : verres simple 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

c) Correction très complexe (définition contrat responsable) : 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.

Limitations :

* L'hospitalisation est plafonnée à l'option Médium les 3 premiers mois.

** Délai d'attente en Prestige et Elite : les prothèses dentaires sont plafonnées à 225 % pendant les 12 premiers mois sauf abrogation.



Association
Loi 1901

Fédération Française des Assurés

Centre de gestion : 207 rue Jean Jaurès - CS 52826 - 29228 Brest Cedex 2

Siège social : 112 Bd. Malesherbes - 75017 Paris

Tél. : 02 98 80 96 44 - Fax : 02 98 80 26 24 - Courriel : ffa@luxior.fr - Site adhérent : www.ffa.eu

ASSOCIATION
D'ASSURÉS
DEPUIS... 1976

SERVICES



Association
Loi 1901



**NOTICE
D'INFORMATION**



VOTRE CONTRAT DE SERVICES EST GARANTI AUPRÈS DE

EUROP ASSISTANCE

Contrat numéro HP8 - 53.786.276
Entreprise privée régie par le Code des assurances - RCS Nanterre : 451 366 405
1 promenade de la bonnette - 92230 GENNEVILLIERS

COMMENT NOUS CONTACTER

GARANTIE ANNULATION DE VOYAGE & DOMMAGES AUX BAGAGES

GARANTIE ASSISTANCE GARDE D'ENFANTS & AIDE MÉNAGÈRE

GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT

7 jours sur 7 - 24 heures sur 24

■ Téléphone : 02 98 80 96 58

■ Téléphone : +33 2 98 80 96 58 de l'étranger

ACE INSURANCE

Contrat numéro 5 007 268
Société Anonyme au capital de 146 721 272,54 euros. RCS Créteil 383 974 086.
Siège social : 9-31, avenue des Nerviens - 1040 Bruxelles - Belgique
Autorité de contrôle : Office de Contrôle des Assurances - 61, avenue de Cortenberg- 1000 Bruxelles - Belgique
Direction Générale pour la France : 8, avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex
RC. 325 743 904 Nanterre B - N° d'identification 325 743 904 00139 - APE 660E

JURIDICA

Contrat numéro 39990083959087
Société Anonyme au capital de 8 377 134,03 € R.C.S. VERSAILLES 572079150
Entreprise régie par le code des Assurances
Organisme de surveillance : Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09
Siège social : 1, place Victorien Sardou 78160 MARLY-LE-ROI
Tél. : 01 30 09 90 00 Fax : 01 30 09 90 89

SOMMAIRE

	pages		pages
DISPOSITIONS GÉNÉRALES D'ASSISTANCE	3	ASSURANCE ANNULATION VOYAGE ET DOMMAGES AUX BAGAGES	8
Tableau des montants de garanties et des franchises	3	1 - Annulation de voyage	9
CONDITIONS GÉNÉRALES	5	2 - Dommages aux bagages	9
GÉNÉRALITÉS	5	3 - Pour quel montant intervenons-nous ?	
1 - Objet	5	4 - Comment votre indemnité est-elle calculée ?	9
2 - Définitions	5	5 - Quelles sont les pièces à fournir en cas de sinistre ?	9
CONDITIONS ET MODALITÉS D'APPLICATION DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE	5	6 - Que se passe-t-il si vous récupérez tout ou partie des objets volés couverts par une garantie bagages ?	10
1 - Validité et durée du contrat	5	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	10
2 - Conditions d'application	5	1 - Exclusions	10
3 - Titres de transport	5	2 - Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés	11
4 - Nature des déplacements couverts	5	3 - Circonstances exceptionnelles	11
5 - Etendue territoriale		4 - Subrogation	11
MODALITÉS D'INTERVENTION	5	5 - Prescription	11
PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX PERSONNES	6	6 - Fausses déclarations	12
1 - Quelques conseils pour votre déplacement	6	7 - Déchéances pour déclaration frauduleuse	12
2 - Transport / Rapatriement	6	8 - Cumul des garanties	12
3 - Avance sur frais d'hospitalisation (Étranger uniquement)	6	9 - Réclamations - Litiges	12
4 - Remboursement complémentaire des frais médicaux (Étranger uniquement)	6	10 - Autorité de contrôle	12
5 - Présence hospitalisation	7	11 - Informatique et Libertés	12
6 - Retour des accompagnants Bénéficiaires	7	EXTRAIT DE GARANTIES ASSISTANCE JURIDIQUE	12
7 - Frais de recherches et de secours sur piste	7	1 - Les définitions	12
8 - Acheminement des médicaments à l'Étranger uniquement	7	2 - Les prestations	12
9 - Transport de corps en cas de décès d'un Bénéficiaire	7	3 - Les domaines garantis en cas de litiges	13
10 - Retour d'un accompagnant en cas de décès d'un Bénéficiaire	7	4 - Les conditions et modalités d'intervention	13
11 - Retour anticipé en cas d'Hospitalisation ou de décès d'un Membre de votre famille	8	5 - La vie du contrat	15
12 - Prise en charge des honoraires d'avocat	8	6 - Juridica	15
13 - Avance Caution Pénale	8	ASSURANCE DE «GROUPE COLLECTIF»	15
14 - Perte ou Vol des Moyens de Paiement	8	1 - L'objet du contrat	15
ASSISTANCE SANTÉ EN FRANCE	8	2 - Souscripteur	15
1 - Garde des enfants	8	3 - Personnes assurées	15
2 - Aide-ménagère	8	4 - Champ d'application des garanties	15
		5 - Entrée en vigueur / Cessation des garanties	15
		6 - Information	15
		7 - Nature et montant des garanties	15
		8 - Engagement maximum	15

DISPOSITIONS GÉNÉRALES D'ASSISTANCE

Contrat numéro HP8 - 53.786.276 souscrit par la Fédération Française des Assurés auprès de EUROP ASSISTANCE

TABLEAU DES MONTANTS DE GARANTIES ET DES FRANCHISES

GARANTIE	MONTANTS ET LIMITES DE GARANTIE	FRANCHISE OU SEUIL D'INTERVENTION
----------	---------------------------------	-----------------------------------

ANNULATION

Suite à la survenance d'un événement prévu par le contrat

Remboursement des frais d'annulation selon le barème appliqué par le voyageur (montant TTC par personne) : dans la limite de 1 500 € par événement

38 € par dossier

DOMMAGES AUX BAGAGES

Perte des bagages, objets et effets personnels y compris « les objets de valeur », l'acheminement du bagage

Montant TTC par personne : dans la limite de 1 500 € par événement

38 € par dossier

ASSISTANCE-RAPATRIEMENT

L'ENSEMBLE DE CES GARANTIES EST LIMITÉ À 10.000 € PAR ÉVÉNEMENT

ASSISTANCE-RAPATRIEMENT

Organisation et prise en charge de votre retour ou de votre transport vers un établissement hospitalier

Frais réels

Aucune

Prise en charge des frais supplémentaires de transport des membres de votre famille assurés vous accompagnant

Frais réels

HOSPITALISATION SUR PLACE > 3 JOURS

Prise en charge d'un titre de transport permettant à un membre de votre famille de se rendre à votre chevet :

- Trajet aller/retour
- Frais d'hébergement sur place jusqu'à votre rapatriement

Frais réels
Dans la limite, par jour, de 80 € par nuit pendant 10 nuits maximum

Aucune

FRAIS MÉDICAUX ET D'HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER

Frais restant à votre charge

Dans les limites suivantes :

Par personne assurée et par période d'assurance : 8 000 €

Par sinistre 30 €

Frais dentaires d'urgence

Par personne assurée et par période d'assurance : 300 €

Avance des frais d'hospitalisation

Par personne assurée et par période d'assurance : 8 000 €

FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS

Frais de recherche
Frais de secours sur piste

Dans la limite de, par personne assurée et par sinistre :
5 000 €
300 €

Aucune

ENVOI DE MÉDICAMENTS SUR PLACE

Frais d'envoi

Aucune

ASSISTANCE-RAPATRIEMENT (suite)

ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS D'UNE
PERSONNE ASSURÉE

Transport du corps
Prise en charge d'un titre de transport permettant à un membre de votre famille de se rendre au lieu de résidence principale

Frais réels

Aucune

ASSISTANCE RETOUR ANTICIPÉ

Organisation et prise en charge des frais de transport

Frais réels

Aucune

ASSISTANCE JURIDIQUE À L'ÉTRANGER :

Remboursement des honoraires d'avocat

Dans les limites suivantes :
Par personne assurée et par période d'assurance : 765 €

Aucune

Avance sur cautionnement pénal

Par personne assurée et par période d'assurance : 8 000 €

ASSISTANCE EN CAS DE PERTE DES
MOYENS DE PAIEMENT

Avance de fonds à l'étranger

Par personne et par période d'assurance : 765 €

Aucune

ASSISTANCE SANTE

Aide ménagère

4h00 par jour dans la limite de 5 jours maximum

Aucune

Garde des enfants à votre domicile

10h00 par jour dans la limite de 36 heures

Aucune

LES EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Outre les exclusions particulières figurant au niveau de chaque garantie, nous n'assurons jamais les conséquences des circonstances et événements suivants :

1. la guerre civile ou étrangère, les émeutes, les mouvements populaires, les grèves, les prises d'otage, la manipulation d'armes ;

2. votre participation volontaire à des paris, crimes ou rixes, sauf cas de légitime défense ;

3. tout effet d'origine nucléaire ou causé par toute source de rayonnement ionisant ;

4. vos actes intentionnels et fautes dolosives, y compris le suicide et la tentative de suicide ;

5. votre consommation d'alcool, de drogue et de toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la Santé publique, non prescrite médicalement.

6. un incident survenu au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque Vous y participez en tant

que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si Vous utilisez votre propre véhicule.

7. un sinistre survenu dans l'un des pays exclus de la garantie de la convention d'assistance ou en dehors des dates de validité de garantie, et notamment au-delà de la durée de déplacement prévu à l'Étranger.

8. Sont également exclus :

- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou des transports primaires tels que le SAMU, les pompiers, et les frais s'y rapportant,

- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention d'assistance,

- les frais non justifiés par des documents originaux,

- les frais de franchise non rachetable en cas de location de véhicule,

- les frais de carburant et de péage,

- les frais de douane,

- les frais de restauration.

CONDITIONS GÉNÉRALES

La présente convention d'assistance constitue les Conditions Générales du contrat d'assistance FFA Assistance. Elle détermine les prestations qui seront garanties et fournies par EUROP ASSISTANCE, entreprise régie par le code des assurances aux Bénéficiaires du contrat FFA Assistance souscrit auprès de FFA, entré en vigueur à compter du 01/04/2016.

GÉNÉRALITÉS

1. OBJET

La présente convention d'assistance FFA Assistance a pour objet de préciser les droits et obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Bénéficiaires définis ci-après.

2. DÉFINITIONS

FFA ASSISTANCE :

Désigne EUROP ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 35 402 786 euros, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS.

Dans la présente convention d'assistance, FFA Assistance, est remplacé par le terme « Nous ».

BÉNÉFICIAIRE:

Désigne toute personne physique, ayant son Domicile en France ou en Principauté de Monaco, souscriptrice d'un contrat d'assurance santé auprès de la Fédération Française des Assurés, ainsi que les personnes suivantes :

- Le conjoint, pacsé ou concubin notoire du Souscripteur, vivant sous le même toit que celui-ci,
- leur(s) enfant(s) célibataire(s) à charge au sens fiscal, de moins de 26 ans

■ les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours,

■ le cas échéant : leur(s) enfant(s) qui viendrai(en)t à naître au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours.

Dans la présente convention d'assistance les Bénéficiaires sont désignés par le terme « Vous ».

MEMBRE DE LA FAMILLE :

Désigne : les enfants, la sœur ou le frère (y compris les enfants du conjoint, du partenaire ou du concubin d'un ascendant direct du Bénéficiaire), la mère, le père, la grand-mère, le grand-père, le conjoint, le concubin, la belle-fille, le gendre, la nièce, le neveu, la tante, l'oncle, la belle-mère, le beau-père, la belle-sœur, le beau-frère, les petits-enfants, appartenant à la famille d'un bénéficiaire, ainsi que le tuteur légal de ce dernier.

DOMICILE :

Désigne le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire en France. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition sur le revenu.

FRANCE:

Désigne la France métropolitaine, la Principauté de Monaco ainsi que les DOM TOM.

ETRANGER :

Désigne l'un des pays listés à l'article 2.5.2. « Etendue Territoriale » ci-après, à l'exception de la France.

FRANCHISE :

Désigne la partie du montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire.

BLESSURE :

Désigne toute lésion corporelle médicalement constatée atteignant le Bénéficiaire, provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

HOSPITALISATION :

Désigne toute admission non programmée justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à une Blessure, et comportant au moins une nuit sur place. compris, le cas échéant de l'activité professionnelle) et nécessitant un suivi et une surveillance médicale matérialisée.

CONDITIONS ET MODALITÉS D'APPLICATION DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE

1. VALIDITÉ ET DURÉE DU CONTRAT

Les garanties d'assistance s'appliquent pendant la période de validité du contrat FFA Assistance. Elles cessent de ce fait si le contrat est résilié.

La couverture FFA Assistance prend effet à compter de la date de souscription au contrat pour une durée de 1 an renouvelable par tacite reconduction. Les présentes s'appliquent à compter du 1^{er} avril 2016

2. CONDITIONS D'APPLICATION

FFA Assistance intervient à la condition expresse que l'événement qui l'amène à fournir la prestation demeurerait incertain au moment du départ.

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

3. TITRES DE TRANSPORT

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, le Bénéficiaire s'engage soit à réserver à FFA Assistance le droit d'utiliser les titres de transport qu'il détient soit à rembourser à FFA Assistance les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

4. NATURE DES DÉPLACEMENTS COUVERTS

Les prestations d'assistance décrites dans la présente convention s'appliquent :

- En France, au cours de tout déplacement privé ou professionnel,
- A l'Étranger, au cours de tout déplacement privé, d'une durée n'excédant pas 90 jours consécutifs.

5. ETENDUE TERRITORIALE

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, le Bénéficiaire s'engage soit à réserver à FFA Assistance le droit d'utiliser les titres de transport qu'il détient soit à rembourser à FFA Assistance les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

5.1. Assistance aux Personnes

Monde entier pour les prestations décrites dans le chapitre 4. Prestations d'Assistance aux personnes.

France uniquement pour les prestations décrites dans le chapitre 5. Assistance Santé en France.

5.2. Exclusions territoriales

Sont exclus les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, ou subissant des catastrophes naturelles, des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens (quel qu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, etc.), ou désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

MODALITÉS D'INTERVENTION

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences.

Afin de Nous permettre d'intervenir, Nous Vous recommandons de préparer votre appel.

Nous Vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),

- l'endroit précis où Vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut Vous joindre,

- votre numéro de contrat FFA Assistance

Si Vous avez besoin d'assistance, Vous devez :

Nous appeler sans attendre au n° de téléphone :

- 02 98 80 96 58

- depuis l'étranger Vous devez composer le 33 2 98 80 96 58.
 - obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
 - Vous conformer aux solutions que Nous préconisons,
 - Nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
 - Nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.
- Nous nous réservons le droit de Vous demander tout justificatif

nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance (tels que notamment, certificat de décès, certificat de concubinage, avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant autre que votre nom, votre adresse, et les personnes composant votre foyer fiscal, certificat médical d'arrêt de travail, justificatifs d'achats, etc.).

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

(France uniquement)

PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX PERSONNES

1. QUELQUES CONSEILS POUR VOTRE DÉPLACEMENT

AVANT DE PARTIR

- Vérifiez que votre contrat Vous couvre pour le pays concerné et pour la durée de votre voyage.
- Pensez à Vous munir de formulaires adaptés à la durée et à la nature de votre voyage ainsi qu'au pays dans lequel Vous vous rendez (il existe une législation spécifique pour l'Espace économique européen). Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à laquelle Vous êtes affilié(e) afin de bénéficier, éventuellement, en cas de maladie ou d'accident d'une prise en charge directe de vos frais médicaux par cet organisme.
- Si Vous vous déplacez dans un pays qui ne fait pas partie de l'Union Européenne et de l'Espace Economique Européen (EEE), Vous devez vous renseigner, avant votre départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de sécurité sociale avec la France. Pour ce faire, Vous devez consulter votre Caisse d'Assurance Maladie pour savoir si Vous entrez dans le champ d'application de ladite convention et si Vous avez des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire...)

Pour obtenir ces documents, Vous devez vous adresser avant votre départ à l'institution compétente et en France, auprès de la Caisse d'Assurance Maladie.

- Si Vous êtes sous traitement, n'oubliez pas d'emporter vos médicaments et transportez les dans vos bagages à mains pour éviter une interruption de traitement en cas de retard ou de perte de bagages ; en effet, certains pays (Etats-Unis, Israël, etc.) n'autorisent pas les envois de ce type de produits.

SUR PLACE

- Si Vous pratiquez une activité physique ou motrice à risque ou un déplacement dans une zone isolée dans le cadre de votre voyage, Nous Vous conseillons de vous assurer au préalable qu'un dispositif de secours d'urgence a été mis en place par les autorités compétentes du pays concerné pour répondre à une éventuelle demande de secours.
- En cas de perte ou de vol de vos clés, il peut être important d'en connaître les numéros. Prenez la précaution de noter ces références.
- De même, en cas de perte ou de vols de vos papiers d'identité ou de vos moyens de paiement, il est plus aisé de reconstituer ces documents si Vous avez pris la peine d'en faire des photocopies et de noter les numéros de votre passeport, carte d'identité et carte bancaire, que vous conserverez séparément.
- A l'entrée dans certains pays, les caractéristiques du véhicule sont enregistrées sur votre passeport ou sur un document officiel ; si Vous quittez le pays en laissant votre véhicule, il est nécessaire de remplir certaines formalités auprès des douanes (passeport à apurer, importation temporaire, etc.).
- Si Vous êtes malade ou blessé(e), contactez-nous dans les plus brefs délais, après avoir pris soin de faire appel aux secours d'urgence (SAMU, pompiers, etc.) auxquels Nous ne pouvons nous substituer.
- En cas de panne ou d'accident sur autoroute ou voie rapide, utilisez la borne téléphonique la plus proche. Vous serez directement relié(e) avec un interlocuteur habilité à déclencher les premiers secours. Gardez vos factures de dépannage ou de remorquage ; Nous Vous les rembourserons dans ce cas.

ATTENTION

Certaines pathologies peuvent constituer une limite aux conditions d'application du contrat. Nous Vous conseillons de lire attentivement

la présente convention d'assistance.

2. TRANSPORT / RAPATRIEMENT

A la suite d'une Blessure, en France ou à l'Etranger, nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui Vous a pris en charge à la suite de l'évènement.

Les informations recueillies auprès du médecin local, et éventuellement auprès de votre médecin traitant habituel, Nous permettent, après décision de nos médecins, de déclencher et d'organiser, en fonction des seules exigences médicales :

- soit votre retour à votre Domicile,
- soit votre transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de votre Domicile, par véhicule sanitaire léger, ambulance, wagon-lit, train 1ère classe (couchette ou place assise), avion classe économique ou avion sanitaire.

De même, en fonction des seules exigences médicales et sur décision de nos médecins, Nous pouvons déclencher et organiser dans certains cas, un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche de votre Domicile.

Seuls votre situation médicale et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel.

IMPORTANT

Il est, à cet égard, expressément convenu que la décision finale à mettre en œuvre appartient en dernier ressort à nos médecins, et ce afin d'éviter tous conflits d'autorités médicales. Par ailleurs, dans le cas où Vous refusez de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, votre refus nous décharge de toute responsabilité, notamment en cas de retour par vos propres moyens, ou encore en cas d'aggravation de votre état de santé.

3. AVANCE SUR FRAIS D'HOSPITALISATION

(ETRANGER UNIQUEMENT)

En cas de Blessure, lors d'un déplacement à l'Etranger et tant que Vous vous trouvez hospitalisé(e), Nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de 8000 € TTC par Bénéficiaire et par an. Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes : pour des soins prescrits en accord avec nos médecins, tant que ces derniers Vous jugent intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à compter du jour où Nous sommes en mesure d'effectuer le transport, même si Vous décidez de rester sur place.

Dans tous les cas, Vous vous engagez à Nous rembourser cette avance au plus tard 30 jours après réception de notre facture. Pour être vous-même remboursé(e), Vous devez ensuite effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de vos frais médicaux auprès des organismes concernés.

Cette obligation s'applique même si Vous avez engagé les procédures de remboursement prévues dans la prestation 'Remboursement complémentaire des frais médicaux'.

Dès que ces procédures ont abouti, Nous prenons en charge le remboursement complémentaire des frais médicaux, dans les conditions prévues à la prestation 'Remboursement complémentaire des frais médicaux'.

4. REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE DES FRAIS MÉDICAUX

(ETRANGER UNIQUEMENT)

Pour bénéficier de cette prestation, Vous devez obligatoirement relever d'un régime primaire d'assurance maladie (Sécurité Sociale) ou de tout organisme de prévoyance, effectuer, au retour dans votre pays de Domicile ou sur place, toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes

concernés et Nous communiquer les pièces justificatives mentionnées ci-après.

Avant de partir en déplacement à l'Étranger, Nous Vous conseillons de Vous munir de formulaires adaptés à la nature et à la durée de ce déplacement, ainsi qu'au pays dans lequel Vous vous rendez (pour l'Espace économique européen et pour la Suisse, munissez-vous de la carte européenne d'Assurance Maladie).

Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à laquelle Vous êtes affilié(e) afin de bénéficier, en cas de Maladie ou de Blessure, d'une prise en charge directe de vos frais médicaux par cet organisme.

Nature des frais médicaux ouvrant droit à remboursement complémentaire :

Le remboursement complémentaire couvre les frais définis ci-après, à condition qu'ils concernent des soins reçus à l'Étranger à la suite d'une Maladie ou d'une Blessure survenue à l'Étranger :

- honoraires médicaux,
- frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- frais d'ambulance ou de taxi ordonnés par un médecin pour un trajet local à l'Étranger,
- frais d'hospitalisation quand Vous êtes 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 votre transport, même si Vous décidez de rester sur place,
- frais relatifs aux soins dentaires urgents avec un plafond de 300 € TTC.

Montant et modalités de prise en charge :

Nous Vous remboursons le montant des frais médicaux engagés à l'Étranger et restant à votre charge après remboursement effectué par la Sécurité sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance à hauteur de 8000 € TTC maximum par Bénéficiaire et par an.

Une Franchise de 30 € TTC est appliquée dans tous les cas par Bénéficiaire et par événement.

Vous (ou vos ayants droit) vous engagez (s'engagent) à cette fin à effectuer, au retour en France, toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, ainsi qu'à nous transmettre les documents suivants :

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

A défaut, Nous ne pourrions procéder au remboursement.

Dans l'hypothèse où la Sécurité Sociale et/ou les organismes auxquels Vous cotisez ne prendraient pas en charge les frais médicaux engagés, Nous Vous rembourserons jusqu'à concurrence des montants maximum susvisés, sous réserve que Vous Nous communiquiez préalablement les factures originales de frais médicaux et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité Sociale, la mutuelle et tout autre organisme de prévoyance.

5. PRÉSENCE HOSPITALISATION

Lorsque Vous êtes hospitalisé(e) sur le lieu de votre Maladie ou de votre Blessure et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que votre retour ne peut se faire avant 3 jours (pour un enfant de moins de 16 ans, le délai est ramené à 48 heures), Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour depuis la France par train 1^{ère} classe ou avion classe économique d'une personne de votre choix afin qu'elle se rende à votre chevet.

Nous prenons en charge également les frais d'hôtel de cette personne (chambre et petit-déjeuner) pendant 10 nuits maximum, jusqu'à un maximum de 80 € TTC par nuit.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation retour des accompagnants Bénéficiaires.

6. RETOUR DES ACCOMPAGNANTS BÉNÉFICIAIRES

Lorsque Vous êtes rapatrié(e) par nos soins, selon avis de notre Service Médical, Nous organisons le transport du (des) Bénéficiaire(s) qui se déplaçai(en)t avec vous afin, si possible, de Vous accompagner lors de votre retour.

Ce transport se fera :

- soit avec Vous,
- soit individuellement.

Nous prenons en charge le transport de ce (ces) Bénéficiaire(s), par train 1^{ère} classe ou avion classe économique ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de

séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport au Domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation Présence hospitalisation.

7. FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS SUR PISTE

Nous participons aux frais de recherche et de secours en mer et en montagne (y compris ski hors piste) jusqu'à concurrence de :

- 5000 € TTC pour les frais de recherche
 - 300 € TTC pour les frais de secours sur piste
- Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés.

En aucun cas Nous ne serons tenus à l'organisation des recherches et des secours.

8. ACHEMINEMENT DE MÉDICAMENTS À L'ÉTRANGER UNIQUEMENT

Vous êtes en voyage à l'Étranger et vos médicaments indispensables à la poursuite de votre traitement et dont l'interruption Vous fait courir, selon avis de nos médecins, un risque pour votre santé, sont perdus ou volés. Nous recherchons l'existence d'un équivalent sur place et, dans ce cas, organisons une visite médicale avec un médecin local qui pourra Vous les prescrire. Les frais médicaux et de médicaments restent à votre charge.

S'il n'existe pas de médicaments équivalents sur place, Nous organisons, à partir de France uniquement, l'envoi des médicaments prescrits par votre médecin traitant sous réserve que ce dernier adresse à nos médecins un duplicata de l'ordonnance qu'il Vous a remise et que ces médicaments soient disponibles dans les pharmacies de ville.

Nous prenons en charge les frais d'expédition et Vous refacturons les frais de douane et le coût d'achat des médicaments que Vous Vous engagez à Nous rembourser à réception de facture.

Ces envois sont soumis aux conditions générales des sociétés de transport que Nous utilisons.

Dans tous les cas, ils sont soumis à la réglementation et aux conditions imposées par la France et les législations nationales de chacun des pays en matière d'importation et d'exportation des médicaments.

Nous dégageons toute responsabilité pour les pertes, vols des médicaments et restrictions réglementaires qui pourraient retarder ou rendre impossible le transport des médicaments, ainsi que pour les conséquences en découlant. Par ailleurs, l'abandon de la fabrication des médicaments, le retrait du marché ou la non disponibilité en France constituent des cas de force majeure qui peuvent retarder ou rendre impossible l'exécution de la prestation.

Dans tous les cas, sont exclus les envois de produits sanguins et dérivés du sang, les produits réservés à l'usage hospitalier ou les produits nécessitant des conditions particulières de conservation, notamment frigorifiques et de façon plus générale les produits non disponibles en officine de pharmacie en France.

9. TRANSPORT DE CORPS EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Un Bénéficiaire décède durant son déplacement.

Nous organisons et prenons en charge le transport du défunt Bénéficiaire jusqu'au lieu des obsèques en France.

Nous prenons également en charge l'intégralité des frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport exclusivement, à l'exclusion de tous les autres frais.

10. RETOUR D'UN ACCOMPAGNANT EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Lorsque Vous êtes rapatrié(e) par nos soins, selon avis de notre Service Médical, Nous organisons le transport du Bénéficiaire qui se déplaçait avec vous afin, si possible, de d'accompagner le retour du défunt.

Ce transport se fera :

- soit avec le défunt,
- soit individuellement.

Nous prenons en charge le transport de ce Bénéficiaire, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport au Domicile.

11. RETOUR ANTICIPÉ EN CAS D'HOSPITALISATION OU DE DÉCÈS D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE

Pendant votre voyage, Vous apprenez l'Hospitalisation en France de votre conjoint, de l'un de vos ascendants, descendants, de votre tuteur légal, de votre frère ou de votre sœur ;

Ou le décès, survenu en France, durant votre déplacement : de votre conjoint, de l'un de vos ascendants, descendants, frères, sœurs, beaux-frères, belles-sœurs, gendres, belles-filles, votre tuteur légal,

Afin que Vous :

- puissiez Vous rendre à son chevet en cas d'Hospitalisation,
- puissiez assister aux obsèques du défunt en France en cas de décès,

Nous organisons et prenons en charge, s'il vous est impossible d'utiliser le moyen de transport initialement prévu pour votre retour :

- votre voyage aller simple,
- le voyage aller simple et celui des personnes Bénéficiaires de votre choix se déplaçant avec Vous, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique jusqu'en France ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport au domicile.

A défaut de présentation de justificatifs (certificat de décès, justificatif du lien de parenté) dans un délai de 30 jours, Nous nous réservons le droit de Vous facturer l'intégralité de la prestation.

Cette prestation est accordée dès lors que la date des obsèques est antérieure à la date initialement prévue pour votre retour.

12. PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES D'AVOCAT

Vous êtes en déplacement à l'Étranger et Vous faites l'objet de poursuites judiciaires du fait d'un accident de la circulation et ce à l'exclusion de toute autre cause, Nous prenons en charge les frais d'avocat que Vous avez été amené(e), de ce fait, à engager sur

ASSISTANCE SANTÉ EN FRANCE

1. GARDE DES ENFANTS

A la suite d'une Hospitalisation non programmée de plus de 2 jours, d'un Bénéficiaire, Nous organisons et prenons en charge pour venir garder vos enfants de moins de 15 ans à votre Domicile : La présence d'une personne qualifiée pendant 36 heures maximum.

La personne que Nous enverrons au Domicile de l'enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jours fériés, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum.

Conditions d'application de cette garantie et Permanence des heures de service :

Le service «Garde d'Enfants » fonctionne du lundi au vendredi, de 8h00 à 19h00 hors jours fériés. Toutefois, Vous pouvez Nous joindre 24h/24, 7j/7, afin de formuler votre demande.

Délais de mise en place :

Dès réception de votre appel, Nous mettons tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit à votre Domicile le plus rapidement possible. Toutefois, Nous nous réservons un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

place jusqu'à concurrence de 765 € TTC, à condition que les faits reprochés ne soient pas, dans la législation du pays, passibles de sanctions pénales.

Votre demande de prise en charge devra obligatoirement être accompagnée de la décision de justice définitive devenue exécutoire.

Cette prestation ne couvre pas les suites judiciaires engagées en France, par suite d'un Accident de la route survenu à l'Étranger

13. AVANCE CAUTION PÉNALE

Vous êtes en voyage à l'Étranger et Vous faites l'objet de poursuites judiciaires du fait d'un accident de la circulation et ce à l'exclusion de toute autre cause. Nous faisons l'avance de la caution pénale jusqu'à un maximum de 8000 € TTC. Vous vous engagez à Nous rembourser cette avance dans un délai de 30 jours après réception de notre facture ou aussitôt que la caution pénale vous aura été restituée par les autorités si la restitution intervient avant l'expiration de ce délai.

14. PERTE OU VOL DES MOYENS DE PAIEMENT

En cas de perte ou de vol de vos moyens de paiements, carte(s) de crédit, chéquier(s) et sous réserve d'une attestation de perte ou de vol délivrée par les autorités locales,

Nous Vous faisons parvenir, une avance de fonds d'un montant maximum de 765 € TTC afin que Vous puissiez faire face à vos dépenses de première nécessité, aux conditions préalables suivantes :

- soit du versement par un tiers par débit sur carte bancaire de la somme correspondante,
- soit du versement par votre établissement bancaire de la somme correspondante.

Vous signerez un reçu lors de la remise des fonds.

Exécution du service :

Aucune dépense effectuée d'autorité par vous-même ne sera remboursée.

Conditions administratives :

La garantie «Garde d'Enfants » ne s'applique pas dans les cas suivants :

- maladies chroniques, maladies relevant de l'hospitalisation à domicile, les suites d'hospitalisations prévisibles.
- dans le temps : entre 19h00 et 8h00, ni les dimanches et jours fériés, ni pendant les repos hebdomadaires et congés légaux des parents bénéficiaires.

Remarque : le service «Garde d'Enfants » n'est pas conçu pour vos convenances personnelles.

2. AIDE-MÉNAGÈRE

A la suite d'une Hospitalisation non programmée de plus de 3 jours minimum, Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile. Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère à concurrence de 4 heures de travail par jour maximum, réparties pendant votre Hospitalisation ou pendant les 5 jours qui suivent la date de sortie de l'hôpital. A défaut de la présentation des justificatifs (bulletin Nous nous réservons le droit de Vous refacturer l'intégralité de la prestation.

Cette prestation est acquise aux assurés âgés de moins de 65 ans.

ASSURANCE ANNULATION VOYAGE ET DOMMAGES AUX BAGAGES

Tableaux des montants de garantie :

GARANTIES D'ASSURANCE	MONTANTS TTC* /PERSONNE
ANNULATION DE VOYAGE - Maladie, accident ou décès -	Selon conditions du barème* des frais d'annulation appliqué par le voyageur 1500 € max./événement Franchise de 38 € / dossier
DOMMAGES AUX BAGAGES	1500 € max./événement Franchise de 38 € / dossier

* Taux applicable selon la législation en vigueur

1. ANNULATION DE VOYAGE

1.1 Ce que nous garantissons

Nous vous remboursons les acomptes ou toute somme conservée par l'organisateur du voyage, et selon les conditions de vente du voyage (à l'exclusion des frais de dossier, de la prime d'assurance et sous déduction des taxes d'aéroport qui vous sont remboursées par le transporteur), lorsque vous êtes dans l'obligation d'annuler votre voyage avant le départ.

Il est rappelé que les taxes aéroportuaires, incluses dans le prix du billet, sont des frais dont l'exigibilité est liée à l'embarquement effectif du passager et que la compagnie aéroportuaire est tenue de vous rembourser de ces montants lorsque vous n'avez pas embarqué. Vous devez consulter les conditions générales de vente ou de transport afin de connaître les modalités de remboursement de ces taxes (art. L 113-8 du Code de la Consommation).

1.2. Dans quel cas intervenons nous ?

Nous intervenons pour les motifs et circonstances énumérés ci-après, à l'exclusion de tout autre :

1.2.1 Maladie grave - accident grave ou décès

(y compris l'aggravation de maladies antérieures et des séquelles d'un accident antérieur) :

- de vous-même, de votre conjoint de droit ou de fait ou de la personne vous accompagnant,
- de vos ascendants ou descendants et/ou ceux de votre conjoint ou ceux de la personne vous accompagnant,
- de vos frères, sœurs, beaux-frères, belles-sœurs, gendres, belles-filles,
- de la personne chargée, pendant votre voyage :
 - de la garde de vos enfants mineurs,
 - de la garde d'une personne handicapée sous que vous en soyez le tuteur légal.

1.2.2 Destruction des locaux professionnels et/ou privés

Intervenue après la date de souscription du présent contrat, par suite d'incendie, d'explosion ou de dégâts des eaux, sous réserve que lesdits locaux soient détruits à plus de 50 %.

1.2.3 Vol dans les locaux professionnels ou privés

L'importance de ce vol doit nécessiter votre présence et se produire dans les 48 heures précédant votre départ.

La garantie « ANNULATION DE VOYAGE » ne couvre pas l'impossibilité de partir liée à l'organisation matérielle du voyage par l'organisateur (tour opérateur, compagnie aérienne) y compris en cas de vol sec et/ou sa défaillance (grève, annulation, report, retard) ou aux conditions d'hébergement ou de sécurité de la destination.

2. DOMMAGES AUX BAGAGES

Dans le cadre d'un voyage nous garantissons, à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties, vos bagages, objets et effets personnels, que vous avez emporté avec vous lors de votre déplacement, contre :

- le vol,
- la destruction totale ou partielle,
- la perte pendant l'acheminement par une entreprise de transport.

LIMITATION DE REMBOURSEMENT POUR CERTAINS OBJETS

Pour les objets précieux, perles, bijoux et montres portés, fourrures, collections et échantillons professionnels, portables informatiques, la valeur de remboursement ne pourra en aucun cas excéder 50 % du montant d'assurance garanti indiqué au Tableau des Montants de Garanties. En outre, les objets énumérés ci-dessus ne sont garantis que contre le vol.

Si le vol est commis dans un train, quel que soient les objets volés, la valeur du remboursement ne pourra excéder 50% du montant d'assurance garanti indiqué au tableau des Montants de Garanties.

Si vous utilisez une voiture particulière, les risques de vol sont couverts à condition que les bagages et effets personnels soient contenus dans le coffre du véhicule fermé à clé et à l'abri de tout regard. Seul le vol par effraction est couvert.

Si le véhicule stationne sur la voie publique, la garantie n'est acquise qu'entre 7h00 et 22h00 (heures locales).

2.1 Retard de livraison de bagages

Dans le cadre d'un voyage, dans le cas où vos bagages personnels enregistrés auprès de la compagnie qui vous a transporté, ne vous seraient pas remis à l'aéroport de destination de votre voyage aller et s'ils vous sont restitués avec plus de 12 heures de retard, vous percevrez une indemnité forfaitaire fixée au Tableau des Montants de Garanties, afin de participer au remboursement des frais que vous avez engagés lors de l'achat d'effets de première nécessité. Cette indemnité ne se cumule pas avec la garantie principale indiquée au Tableau des Montants de Garanties.

2.2 Vol de vos pièces d'identité

Dans le cadre d'un voyage, dans le cas où vos passeports, carte d'identité (ou de séjour), carte grise ou permis de conduire, vous auraient été volés pendant votre Mission, nous vous remboursons les frais de reconstitution de ces documents, sur présentation des justificatifs, dans la limite de 150 € TTC.

3. POUR QUEL MONTANT INTERVENONS-NOUS ?

Pour les bagages

Nous intervenons à hauteur du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties constituant le maximum de remboursement pour tous les Sinistres survenus pendant la période de garantie.

Pour l'annulation voyage

Nous intervenons pour le montant des frais d'annulation encourus au jour de l'Événement pouvant engager la garantie, conformément aux conditions générales de vente de l'organisateur du voyage Souscripteur du contrat, avec un maximum et une Franchise indiqués au Tableau des Montants de Garanties.

4. COMMENT VOTRE INDEMNITÉ EST-ELLE CALCULÉE ?

Pour les bagages

Pour la formule indemnitaire sur justificatifs, vous serez indemnisé(e) sur la base de la valeur de remplacement par des objets équivalents et de même nature, Vétusté, Usure et Franchise déduites. En aucun cas, il ne sera fait application de la règle proportionnelle prévue à l'article L 121-5 du Code des Assurances. Pour la formule forfaitaire, vous serez indemnisé à hauteur du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties.

Pour l'annulation voyage

Vous devez aviser immédiatement l'organisateur du voyage Souscripteur du contrat et nous aviser dans les 5 jours ouvrés suivant l'Événement entraînant la garantie. Pour cela, vous devez nous adresser la déclaration de sinistre.

En cas d'Annulation et/ou de déclaration tardives, nous ne prendrons en charge que les frais d'annulation exigibles à la date de survenance du Sinistre ayant donné lieu à l'Annulation.

LIMITATION DE LA GARANTIE

L'indemnité due en vertu de la présente garantie ne peut dépasser le montant réel des pénalités facturées suite à l'annulation du voyage. Les frais de dossier, les taxes, les frais de visa et la prime d'assurance ne sont pas remboursables.

5. QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE ?

Pour les bagages

Votre déclaration de sinistre devra être accompagnée des éléments suivants :

le récépissé d'un dépôt de plainte ou de déclaration de vol effectuée dans les 48 heures auprès d'une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord, etc.) lorsqu'il s'agit de vol ou de perte, les bulletins de réserve auprès du transporteur (maritime, aérien, ferroviaire, routier) lorsque vos bagages ou objets se sont égarés pendant la période où ils se trouvaient sous la garde juridique du transporteur,

le ticket d'enregistrement du bagage livré avec retard par la compagnie de transport et le justificatif de la livraison tardive.

En cas de non présentation de ces documents nous serons en droit de vous réclamer une indemnité égale au préjudice qui en sera résulté pour nous. Les sommes assurées ne peuvent être considérées comme preuve de la valeur des biens pour lesquels vous demandez indemnisation, ni comme preuve de l'existence de ces biens.

Vous êtes tenu(e) de justifier, par tout moyen en votre pouvoir et par tout document en votre possession, de l'existence et de la valeur de ces biens au moment du Sinistre, ainsi que de l'importance des dommages. Pour les matériels professionnels, notamment les portables informatiques, collections et échantillons, il pourra être demandé à la société dont vous dépendez d'attester de la valeur et du transport en Mission de ces éléments avec vous lors de votre départ.

Si vous avez parallèlement effectué une demande d'indemnisation auprès du transporteur, vous devez nous en aviser lors de la déclaration de sinistre.

Concernant la formule forfaitaire, votre demande de remboursement devra être accompagnée du récépissé d'un dépôt de plainte, de déclaration de vol effectuée dans les 48 heures auprès d'une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord, etc.) ou du bulletin de réserve auprès du transporteur.

Déchéance de garantie pour déclaration frauduleuse :

Si sciemment, vous utilisez comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexactes ou réticentes, vous serez déchu(e) de tout droit à indemnité.

Pour l'annulation voyage

Votre déclaration doit être accompagnée :

- en cas de Maladie ou d'Accident, d'un certificat médical précisant l'origine, la nature, la gravité et les conséquences prévisibles de la Maladie ou de l'Accident, ainsi que la photocopie de l'arrêt de travail si vous êtes salarié(e) et les photocopies des ordonnances comportant les vignettes des médicaments prescrits ou éventuellement les analyses et examens pratiqués,
- en cas de décès, d'un certificat et d'un justificatif de lien de parenté,
- en cas de licenciement économique, d'une photocopie de la lettre de licenciement, d'une photocopie du contrat de travail, et d'une photocopie du bulletin de salaire attestant du solde de tout compte,
- dans les autres cas de tout justificatif.

Le certificat médical doit impérativement être joint sous pli fermé à l'attention du médecin conseil que nous vous désignerons.

A cet effet, vous devez libérer votre médecin du secret médical vis-à-vis de ce médecin conseil. Sous peine de déchéance, l'Assuré se prévalant de la mise en jeu de la garantie doit remettre l'ensemble des pièces contractuellement exigées sans qu'il puisse se prévaloir, sauf force majeure, de quelque motif empêchant leur production. Si vous vous y opposiez sans motif valable, vous risqueriez de perdre vos droits à la garantie.

De convention expresse, vous nous reconnaissez le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de cette condition.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent contrat est soumis à la loi française.

1. EXCLUSIONS

1.1 Exclusions communes à toutes les prestations

Sont exclues les demandes consécutives :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle,
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide,
- à un incident survenu au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque Vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si Vous utilisez votre propre véhicule.
- à un sinistre survenu dans l'un des pays exclus de la garantie de la convention d'assistance ou en dehors des dates de validité de garantie, et notamment au-delà de la durée de déplacement prévu à l'Etranger.

Sont également exclus :

- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou des transports primaires tels que le SAMU, les pompiers, et les frais s'y rapportant,
- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention d'assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais de franchise non rachetable en cas de location de véhicule,
- les frais de carburant et de péage,
- les frais de douane,
- les frais de restauration.

1.2 Exclusions spécifiques à l'assistance aux Personnes

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

Outre les Exclusions communes à toutes les prestations figurant au chapitre 6.1.1., sont exclus :

- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques

Vous devez également nous transmettre tout renseignement ou document qui vous seront demandés afin de justifier le motif de votre Annulation, et notamment :

- les décomptes de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme similaire, relatifs au remboursement des frais de traitement et au paiement des indemnités journalières,
- l'original de la facture d'annulation établie par l'organisateur du voyage Souscripteur du contrat,
- le numéro de votre contrat,
- le bulletin d'inscription délivré par l'agence de voyage ou l'organisateur du voyage Souscripteur du contrat,
- en cas d'Accident, vous devez en préciser les causes et circonstances et nous fournir les noms et adresses des responsables et, si possible, des témoins.

6. QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS RÉCUPÉREZ TOUT OU PARTIE DES OBJETS VOLÉS COUVERTS PAR UNE GARANTIE BAGAGES ?

Vous devez nous en aviser immédiatement par lettre recommandée dès que vous en êtes informé(e).

Si nous ne vous avons pas encore réglé l'indemnité, vous devrez reprendre possession des objets, nous ne serons alors tenus qu'au paiement des détériorations ou manquants éventuels.

Si nous vous avons déjà indemnisé, vous pouvez opter dans un délai de 15 jours :

- soit pour le délaissement,
- soit pour la reprise des objets moyennant la restitution de l'indemnité que vous avez reçue sous déduction des détériorations ou des manquants.

Si vous n'avez pas choisi dans un délai de 15 jours, nous considérons que vous optez pour le délaissement

infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où Vous séjournez et/ou nationale de votre pays de domicile,

- les Maladies et/ou Blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,
- l'organisation et la prise en charge du transport visé au chapitre « Transport / Rapatriement » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne Vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée et ses conséquences ou à l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant
- les cures thermales et les frais en découlant,
- les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile,
- les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,
- les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs conséquences,
- les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, ostéopathies, les frais en découlant, et leurs conséquences,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,

- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais y afférents,
- 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 d'annulation de voyage,

1.3 Exclusions spécifiques à l'assurance bagages

Sont exclus :

- le vol des bagages, effets et objets personnels laissés sans surveillance dans un lieu public ou entreposés dans un local mis à la disposition commune de plusieurs personnes hormis dans les trains,
- l'oubli, la perte (sauf par une entreprise de transport), l'échange,
- le vol sans effraction dûment constaté et verbalisé par une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord, etc.),
- le vol commis par votre personnel durant l'exercice de ses fonctions,
- les dommages accidentels dus au coulage des liquides, de matières grasses, colorantes ou corrosives et contenus dans vos bagages,
- la confiscation des biens par les autorités (douane, police),
- les dommages occasionnés par les mites et/ou rongeurs ainsi que par les brûlures de cigarettes ou par une source de chaleur non incandescente,
- le vol commis dans une voiture décapotable et/ou break ou autre véhicule ne comportant pas un coffre ; la garantie reste acquise à la condition de l'utilisation du couvre bagage livré avec le véhicule,
- le vol, la perte, l'oubli ou la détérioration des espèces, documents, livres, titre de transport et cartes de crédit,
- le vol des bijoux lorsqu'ils n'ont pas été placés dans un coffre fermé à clé ou qu'ils ne sont pas portés,
- le bris des objets fragiles tels qu'objets en porcelaine, verre, ivoire, poterie, marbre,
- les dommages indirects tels que dépréciation et privation de jouissance,
- les objets désignés ci-après : toute prothèse, appareillage de toute nature, les vélos, les remorques, les titres de valeur, les tableaux, les lunettes, les lentilles de contact, les clés de toute sorte (sauf celles du Domicile), les documents enregistres sur bandes ou films ainsi que le matériel professionnel (autre que les portables informatiques), les téléphones portables, les CD, les DVD, tout matériel multimédia (MP3, MP4, PDA, etc.), les GPS, les articles de sport, les instruments de musique, les produits alimentaires, les briquets, les stylos, les cigarettes, les alcools, les objets d'art, les cannes à pêche, les produits de beauté, les pellicules photos et les objets achetés au cours de votre Mission.

1.4 Exclusions spécifiques à l'annulation voyage

Sont exclus :

- l'annulation provoquée par une personne hospitalisée au moment de la réservation du voyage ou de la souscription du contrat,
- la maladie nécessitant des traitements psychiques médicamenteux et/ou psychothérapeutiques (y compris la dépression nerveuse) sauf lorsqu'elle a entraîné une hospitalisation supérieure à 4 jours consécutifs au moment de la date d'annulation de votre voyage,
- l'oubli de vaccination,
- les accidents résultant de la pratique des sports suivants : bobsleigh, varappe, skeleton, alpinisme, luge de compétition, tout sport aérien, ainsi que ceux résultant d'une participation ou d'un entraînement à des matchs ou compétitions,
- la non présentation, pour quelque cause que ce soit, de documents indispensables au voyage, tels que passeport, visa, titres de transport, carnet de vaccination, sauf en cas de vol le jour du départ du passeport ou carte d'identité dûment déclaré auprès des autorités compétentes,
- les maladies, accidents ayant fait l'objet d'une première constatation, d'une rechute, d'une aggravation ou d'une hospitalisation entre la date d'achat de votre voyage et la date de souscription du présent contrat,
- les frais de dossier, les taxes, les frais de visa et prime d'assurance liés au voyage.

2. LIMITATIONS EN CAS DE FORCE MAJEURE OU AUTRES ÉVÉNEMENTS ASSIMILÉS

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

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que :

- guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,
- recommandations de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,
- grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- délais et/ou impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e),
- recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale,
- inexistence ou indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention),

3. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

Les transporteurs de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) sont susceptibles d'opposer pour les personnes atteintes de certaines pathologies ou pour les femmes enceintes, des restrictions applicables jusqu'au moment du début du transport, et susceptibles d'être modifiées sans préavis (ainsi pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.).

De ce fait, le rapatriement de ces personnes ne pourra être réalisé que sous réserve d'absence de refus du transporteur, et bien évidemment, d'absence d'avis médical défavorable (tel que prévu et suivant les modalités prévues au chapitre « transport/rapatriement ») au regard de la santé du Bénéficiaire et/ou de l'enfant à naître.

4. SUBROGATION

Après avoir engagé des frais dans le cadre de ses garanties d'assurance et prestations d'assistance, FFA Assistance est subrogée dans les droits et actions que Vous pouvez avoir contre les tiers responsables du sinistre, comme le prévoit l'article L 121-12 du Code des assurances. Notre subrogation est limitée au montant des frais que nous avons engagés en exécution du présent contrat.

5. PRESCRIPTION

Conformément à l'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'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. »

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances :

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont décrites aux articles 2240 à 2246 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),

un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil). Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances : « Par dérogation à l'Article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

6. FAUSSES DÉCLARATIONS :

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues (article L.113-8 du Code des assurances),

Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités (article L.113-9 du Code des assurances).

7. DÉCHÉANCE POUR DÉCLARATION FRAUDULEUSE

En cas de sinistre ou demande d'intervention au titre des prestations d'assistance et des garanties d'assurance, si sciemment, Vous utilisez comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexacts ou réticentes, Vous serez déchu(e) de tout droit aux prestations d'assistance et garanties d'assurance, prévues dans la présente convention d'assistance, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

8. CUMUL DES GARANTIES

Si les risques couverts par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, Vous devez Nous informer du nom de l'assureur auprès duquel une autre assurance a été souscrite (article L121-4 du Code des assurances) dès que cette information a été portée à votre connaissance et au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

9. RÉCLAMATIONS – LITIGES

En cas de réclamation ou de litige, Vous pourrez vous adresser au Service Remontées Clients d'Europ Assistance, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

Si le délai de traitement doit excéder les dix jours ouvrés, une lettre d'attente Vous sera adressée dans ce délai. Une réponse écrite à la

réclamation sera transmise dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation initiale.

10. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR – 61 rue Taitbout – 75436 Paris CEDEX 09.

11. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Toutes les informations recueillies par EUROP ASSISTANCE FRANCE, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex, lors de la souscription à l'un de ses services et/ou lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que nous prenons à votre égard. A défaut de réponse aux renseignements demandés, EUROP ASSISTANCE FRANCE sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel Vous souhaitez souscrire.

Ces informations sont uniquement réservées aux services d'EUROP ASSISTANCE FRANCE en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires d'EUROP ASSISTANCE FRANCE.

EUROP ASSISTANCE FRANCE se réserve également la possibilité d'utiliser vos données personnelles à des fins de suivi qualité ou d'études statistiques.

EUROP ASSISTANCE FRANCE peut être amenée à communiquer certaines de vos données aux partenaires à l'origine de la présente garantie d'assistance.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations Vous concernant en écrivant à : Europ Assistance France - Service Remontées Clients, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

Si pour les besoins de la réalisation du service demandé, un transfert des informations Vous concernant est réalisé en dehors de l'Union Européenne, EUROP ASSISTANCE FRANCE prendra des mesures contractuelles avec les destinataires afin de sécuriser ce transfert.

Par ailleurs, les Bénéficiaires sont informés que les conversations téléphoniques qu'ils échangeront avec EUROP ASSISTANCE FRANCE pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. Ces conversations sont conservées deux mois à compter de leur enregistrement. Les Bénéficiaires pourront s'y opposer en manifestant leur refus auprès de leur interlocuteur.

EXTRAIT DE GARANTIES ASSISTANCE JURIDIQUE

CONTRAT NUMÉRO 39990083959087
SOUSCRIT PAR LA SAS LUXIOR ASSURANCES AUPRÈS DE JURIDICA POUR
LE COMPTE DE TOUT TITULAIRE DE CARTE LUXIOR
CONSULTATION JURIDIQUE AU 01.30.09.9720

1. LES DÉFINITIONS

La présente partie définit les principaux termes employés dans ce document. Les définitions des termes ci dessous font partie intégrante de la notice. Elles s'appliquent chaque fois que l'un de ces termes y est mentionné.

On entend par :

NOUS

L'assuré, personne physique, client du Cabinet LUXIOR ASSURANCES, ainsi que son conjoint non séparé, son concubin notoire, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité ainsi que leurs enfants à charge au sens fiscal du terme.

LE SOUSCRIPTEUR

Le Cabinet LUXIOR ASSURANCES pour le compte des assurés au contrat groupe 399 900 839 590 87.i

Vous

L'assureur – JURIDICA – 1, place Victorien Sardou - 78160 Marly Le Roi.

LITIGE

Opposition d'intérêts, désaccord ou refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire, vous conduisant à faire valoir des prétentions en demande ou en défense, que ce soit à l'amiable ou devant une juridiction.

INTÉRÊTS EN JEU

Le montant en principal du litige, hors pénalités de retard, intérêts et demandes annexes.

S'agissant de contrats dont l'application s'échelonne dans le temps et avec une périodicité convenue, le montant du litige correspond à une échéance.

INDICE DE RÉFÉRENCE

Opposition d'intérêts, désaccord ou refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire, vous conduisant à faire valoir des prétentions en demande ou en défense, que ce soit à l'amiable ou devant une juridiction.

DÉPENS TAXABLES

Part des frais engendrés par un procès que le tribunal met à la charge de l'une des parties, qui est le plus souvent la perdante.

CONVENTION D'HONORAIRES

Convention signée entre l'avocat et son client fixant les honoraires et les modalités de règlement. Cette convention est rendue obligatoire en assurance de protection juridique, sauf urgence, du fait du décret N° 2007-932 du 15 mai 2007.

2. LES PRESTATIONS

2.1 Prestations d'informations juridiques par téléphone

En cas de difficulté juridique ou en prévention de tout litige survenant dans votre vie privée ou de salarié, des juristes

répondent par téléphone à toute demande d'ordre juridique. Ils vous délivrent une information pratique à partir des principes généraux du droit français et du droit monégasque. Vous pouvez les contacter du lundi au vendredi, sauf jours fériés, de 9h30 à 19h30 au 01.30.09.97.20.

2.1 Prestations en cas de litige

Dans les domaines garantis et conformément au chapitre 4 « Les conditions et modalités d'intervention » de la présente notice, vous bénéficiez des prestations suivantes :

- Quel que soit le montant des intérêts en jeu :
 - ◆ Conseil : le juriste analyse votre situation. Il vous fournit tous conseils sur l'étendue de vos droits. Il vous assiste et organise avec vous la défense de vos intérêts.
 - ◆ Recherche d'une solution amiable : dans le cadre de la stratégie déterminée en commun avec vous, le juriste met en oeuvre ses compétences pratiques et juridiques pour résoudre votre litige. Il recherche une solution amiable satisfaisante dans un délai raisonnable. Toutefois, vous serez assisté ou représenté par un avocat lorsque vous serez ou nous serons informés que la partie adverse est défendue dans les mêmes conditions. A ce titre, vous disposez toujours du libre choix de votre avocat
- Si le montant des intérêts en jeu est supérieur à 290 euros (valeur 2008), nous vous assistons en justice : lorsqu'aucune solution amiable satisfaisante ne peut être envisagée avec l'adversaire, et si la procédure judiciaire est opportune, l'affaire est portée devant les juridictions. Vous disposez toujours du libre choix de votre avocat.

A ce titre vous pouvez saisir un avocat de votre connaissance, après nous en avoir informé et nous avoir communiqué ses coordonnées. Vous pouvez également, si vous en formulez la demande écrite, choisir l'avocat que nous vous proposons pour sa compétence dans le domaine concerné et/ou sa proximité.

Dans les deux cas, vous négociez avec lui le montant de ses frais et honoraires dans le cadre d'une convention d'honoraires et devez nous tenir informés du suivi selon les dispositions prévues au présent document.

Nous prenons en charge les frais et honoraires de l'avocat et des huissiers selon les modalités prévues au chapitre 4 « Les conditions et modalités d'intervention » de la présente notice.

3. LES DOMAINES GARANTIS EN CAS DE LITIGES

3.1 Domaines d'intervention

Vous êtes garanti pour TOUS VOS LITIGES dans le cadre de votre vie privée ou de salarié

3.1 Domaines d'intervention

Sont exclus les litiges:

- vous opposant au souscripteur du contrat groupe, ou à la Fédération Française des Assurés (association) ;
- liés au droit des personnes (Livre I du Code Civil), successions, régimes matrimoniaux et filiation ;
- liés à la gestion et à l'administration d'associations, de sociétés civiles ou commerciales, à la propriété ou la gestion de valeurs mobilières non inscrites à la cote boursière, de parts sociales, d'un mandat électif ou syndical ;
- avec l'administration fiscale ;
- se rapportant à la construction ou à tous travaux de nature à impliquer la responsabilité décennale ou biennale d'un tiers ;
- se rapportant à des biens immobiliers vous appartenant et donnés en location (y compris les locations saisonnières et les espaces publicitaires) ;
- dont l'origine est une contravention sanctionnée par le paiement d'un timbre amende ;
- se rapportant aux titres de propriété industrielle, littéraire, artistique, dessins, modèles, marques de fabrique ou brevets ;
- dont les actions visent au recouvrement de vos impayés ;
- liés à une action bornage ou en recherche de mitoyenneté ;
- pour les litiges relatifs à l'habitat.

Par ailleurs nous n'intervenons pas lorsque vous êtes poursuivi pour un délit intentionnel, au sens de l'article 121-3 du nouveau Code Pénal. Toutefois, nous prenons en charge les honoraires de l'avocat de votre connaissance dans l'hypothèse où la décision, devenue définitive, écarterait le caractère intentionnel de l'infraction (non-lieu, requalification, relaxe,...). Cette prise en charge s'effectue dans la limite des plafonds de remboursement prévus à l'article 4.5 « Frais et honoraires pris en charge » de la présente notice.

4 LES CONDITIONS ET MODALITÉS D'INTERVENTION

4.1 Conditions de mise en oeuvre des prestations en cas de litige

Dans les domaines garantis et conformément au chapitre 4 « Les conditions et modalités d'intervention » de la présente notice, vous bénéficiez des prestations suivantes :

- Le fait générateur du litige ne doit pas être connu de vous à la date de prise d'effet de votre garantie.
- vous devez nous déclarer votre litige entre la date de prise d'effet de votre garantie et celle de sa cessation ;
- afin que nous puissions analyser les informations transmises et vous faire part de notre avis sur l'opportunité des suites à donner à votre litige, vous devez recueillir notre accord préalable AVANT de saisir une juridiction, engager une nouvelle étape de la procédure, exercer une voie de recours ;
- le montant des intérêts en jeu, à la date de la déclaration du litige, doit être supérieur à 290 euros (valeur 2008) pour que le litige puisse être porté devant une juridiction ;
- vous devez avoir contracté et maintenu en vigueur les assurances légales obligatoires vous incombant ;
- aucune garantie de responsabilité civile n'est susceptible d'assurer la défense de vos intérêts pour le litige considéré.

Par ailleurs tout changement, toutes modifications ou transformation du présent contrat groupe intervenant ultérieurement à sa date de prise d'effet, donnera lieu à un aménagement de la notice d'information valant conditions générales. La nouvelle notice d'information valant conditions générales sera notifiée aux adhérents et leur sera opposable.

4.2 Conditions de mise en oeuvre des prestations en cas de litige

Les prestations vous sont acquises pour les litiges découlant de faits et événements survenus dans l'un des pays énumérés ci-après, qui relèvent de la compétence du tribunal de l'un de ces pays, et pour lesquels l'exécution des décisions rendues s'effectue dans cette même sphère géographique :

- France, territoires d'Outre Mer et Monaco ;
- Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grande-Bretagne, Grèce, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Saint-Marin, Suède, Suisse et Vatican, si le litige survient à l'occasion d'un séjour de moins de trois mois consécutifs dans l'un de ces pays.

4.3 Déclaration du litige et information de JURIDICA

Dans votre propre intérêt, vous devez nous déclarer le litige par écrit dès que vous en avez connaissance, en nous communiquant notamment :

- les références de votre contrat n° 399 900 839 590 87 ;
- les coordonnées précises de votre adversaire ;
- les références de tout autre contrat susceptible de couvrir le litige ;
- un exposé chronologique des circonstances du litige, toutes pièces permettant d'établir la matérialité des faits ainsi que tous renseignements et documents utiles à l'instruction du dossier.

Par ailleurs, vous devez nous transmettre, dès réception, tous avis, lettres, convocations, actes d'huissiers, assignations et pièces de procédure qui vous seraient adressés, remis ou signifiés. Cette rapidité est importante pour préserver vos droits et actions.

VOUS ETES ENTIEREMENT DECHU DE TOUT DROIT A GARANTIE POUR LE LITIGE CONSIDERE si vous faites de mauvaise foi des déclarations inexactes sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tous les éléments pouvant servir à la solution du litige.

4.4 Analyse du litige et décision sur les suites à donner

Après analyse des informations transmises, nous envisageons l'opportunité des suites à donner à votre litige à chaque étape significative de son évolution. Nous vous en informons et en discutons avec vous. Vous bénéficiez de nos conseils sur les mesures à prendre et les démarches à effectuer. Le cas échéant, et en accord avec vous, nous mettons en oeuvre les mesures adaptées.

En cas de désaccord entre vous et nous portant sur le fondement de votre droit ou sur les mesures à prendre pour régler le litige, vous pouvez :

- soit exercer l'action, objet du désaccord, à vos frais ;
- soit soumettre cette difficulté à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord ou désignée par défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance.

Nous prenons en charge les frais exposés pour la mise en oeuvre de cette action. Cependant, le Président du Tribunal de Grande

Instance peut les mettre à votre charge s'il considère que vous avez mis en oeuvre cette action dans des conditions abusives.

Si vous obtenez une solution définitive plus favorable que celle proposée par nous ou la tierce personne citée ci-dessus, nous vous remboursons les frais et honoraires que vous avez engagés pour cette procédure, dans les conditions et limites prévues à l'article 4.5 « Frais et honoraires pris en charge » de la présente notice.

Par ailleurs, vous avez la liberté de choisir un avocat de votre connaissance chaque fois que survient un conflit d'intérêts entre vous et nous. Dans ce cas, nous prenons en charge les frais et honoraires de l'avocat dans les conditions et limites prévues à l'article 4.5 « Frais et honoraires pris en charge » de la présente notice.

Les montants indiqués ci-dessous en euros sont ceux en vigueur pour l'année civile 2008. Ils s'entendent TTC et sont calculés sur une TVA de 19,6 %. Ils comprennent les frais de secrétariat, de déplacements et de photocopies. Ces montants varient en fonction de la TVA en vigueur au jour de la facturation.

MONTANTS TTC

ASSISTANCE		
Assistance amiable par avocat	500 €	Par affaire
<ul style="list-style-type: none"> ■ Assistance à expertise ■ Assistance à mesure d'instruction ■ Recours précontentieux en matière administrative ■ Représentation devant une commission administrative, civile ou disciplinaire 	229 €	Par intervention
<ul style="list-style-type: none"> ■ Assistance à transaction définitive ayant abouti à un protocole signé par les parties ■ Assistance à médiation ou conciliation ayant abouti et constatée par le juge 	Le montant à retenir est celui qui aurait été appliqué si la procédure avait été menée à son terme devant la juridiction concernée	
ORDONNANCES		
quelle que soit la juridiction (y compris le juge de l'exécution)		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ordonnance en matière gracieuse ou sur requête ■ Ordonnance de référé 	456 €	Par ordonnance
PREMIERE INSTANCE		
(y compris les médiations et conciliations n'ayant pas abouti)		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Tribunal d'instance ■ Tribunal correctionnel 	580 €	Par affaire*
<ul style="list-style-type: none"> ■ Tribunal de police ■ Tribunal de grande instance ■ Tribunal de commerce ■ Tribunal administratif ■ Conseil de prud'hommes ■ Autres juridictions de première instance 	229€	Par affaire*
	704€	Par affaire*
APPEL		
<ul style="list-style-type: none"> ■ En toute matière 	829 €	Par affaire*
HAUTES JURIDICTIONS		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Cour de cassation et Conseil d'Etat 	1 532 €	Par affaire* (y inclus les consultations)

¹ Cette exclusion figurait dans le contrat initial. Elle a été omise par erreur dans la modification du rédactionnel en 2006. Cf. Conditions Générales AUTO CLUB LUXIOR Références 0102-2006CG page 35).

La prise en charge des honoraires et des frais non taxables d'avocat s'effectue selon les modalités suivantes sur présentation d'une convention d'honoraires, dans la limite des montants figurant au tableau ci-dessus :

- soit nous réglons directement l'avocat qui a été saisi sur justificatifs de la procédure engagée, de la décision rendue et sur présentation d'une délégation d'honoraires que vous avez signée.

- soit, à défaut de cette délégation, nous vous remboursons sur présentation d'une facture acquittée. Lorsque l'avocat sollicite le paiement d'une provision, nous pouvons verser une avance à hauteur de 50 % des montants prévus au tableau et dans la limite des sommes qui vous sont réclamées. Le solde sera réglé sur présentation de la décision.

Si vous avez des intérêts communs avec plusieurs personnes dans un même litige contre un même adversaire, les sommes mises à votre charge seront calculées au prorata du nombre d'intervenants dans ce litige. Elles vous seront remboursées dans la limite des montants figurant au tableau ci-dessus.

La partie adverse peut être tenue à vous verser des indemnités au titre des dépens ou en application des dispositions de l'article

4.5 Frais et honoraires pris en charge

A l'occasion d'un litige garanti nous prenons en charge les frais et honoraires engagés pour sa résolution dans la limite d'un plafond global de garantie de 4002.93 euros (valeur 2008).

Pour tout litige une franchise de 15 %, avec un minimum de 76 euros, sur les frais et honoraires exposés par JURIDICA ou avec son accord reste à votre charge.

Notre prise en charge comprend :

- les frais taxables et émoluments d'avocats, d'avoués, d'auxiliaires de justice ;
- les autres dépens taxables, à l'exclusion des droits proportionnels mis à votre charge en qualité de créancier par un huissier de justice
- les honoraires et frais non taxables d'avocats dans la limite des montants figurant au tableau ci-après:

700 du Nouveau Code de Procédure Civile ou son équivalent devant les autres juridictions. Le Code des Assurances nous permet alors de récupérer ces sommes dans la limite des frais et honoraires que nous avons engagés dans votre intérêt. Ce principe de récupération de somme s'appelle subrogation. Néanmoins, si vous justifiez de frais restés à votre charge, que vous avez payés dans l'intérêt de la procédure, vous récupérez ces indemnités en priorité.

Nous ne prenons jamais en charge :

- Les honoraires des mandataires, quels qu'ils soient, fixés en fonction de l'intérêt en jeu ou en fonction du résultat définitif ou espéré des démarches engagées ;

- Les condamnations prononcées contre vous au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile ou son équivalent devant les autres juridictions françaises ou étrangères.

Juridictions étrangères

- Les honoraires d'expertise amiable ou judiciaire

Lorsque l'affaire est portée devant des juridictions étrangères, le montant retenu est celui de la juridiction française équivalente. A défaut, le plafond applicable est celui du niveau de juridiction concerné.

5. LA VIE DU CONTRAT

5.1 Prise d'effet et durée des garanties

Votre garantie est acquise à compter du jour de la prise d'effet de la souscription de la garantie de Protection Juridique. Cette prise d'effet intervient au plus tôt à la date d'effet du contrat N° 399 900 839 590 87.

Votre garantie est annuelle. Elle se renouvelle ensuite chaque année, par tacite reconduction.

5.2 Délai de renonciation

Pour toute adhésion effectuée à distance, Vous avez la possibilité de renoncer librement et sans pénalité au contrat dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la réception par le courtier souscripteur de votre demande d'adhésion.

Pour exercer cette action, il convient de retourner une lettre de renonciation dûment complétée, datée et signée avant l'expiration de ce délai de quatorze (14) jours, à l'adresse du courtier souscripteur mentionnée au présent certificat d'adhésion. Ci-après un modèle de lettre de renonciation : "Je soussigné (e)... (Nom, Prénom), souhaite renoncer au contrat d'assurance de protection juridique n° 4 129 223 604 que j'avais conclu le (date). Fait à (lieu), le (date) et Signature." Les garanties prendront alors rétroactivement fin dès réception de la lettre de renonciation

5.3 Indexation des garanties et de la cotisation

Les garanties évoluent chaque année en fonction de la variation annuelle de l'indice de référence. Celle-ci joue pour la détermination du montant des intérêts en jeu applicable lorsque le litige est porté devant les juridictions et des montants de rem-

boursement des honoraires et des frais non taxables d'avocat.

5.4 Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Pour interrompre cette prescription, vous pouvez notamment nous envoyer une lettre recommandée avec avis de réception.

5.5 Examen des réclamations

Votre intermédiaire d'assurance est à votre disposition pour répondre à vos demandes d'informations et traiter vos éventuelles réclamations. En cas de besoin, si votre réclamation persiste, vous pouvez écrire à notre Service Relation Clientèle (Juridica - 1, place Victorien Sardou - 78166 Marly le Roi cedex) qui étudiera votre dossier et vous répondra directement. Si vous n'êtes pas satisfait par notre réponse, vous pouvez faire appel au Médiateur, sauf dans les cas visés à l'article 4.4 « Analyse du litige et décision sur les suites à donner » de la présente notice pour lesquels une procédure spécifique est prévue. Nous vous communiquerons les conditions d'accès au Médiateur, sur simple demande adressée à notre Service Relation Clientèle.

5.6 Loi informatique et libertés

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les droits d'accès et de rectification des fichiers peuvent être exercés au siège social de JURIDICA qui s'engage à respecter la confidentialité des informations qui lui sont communiquées.

6. JURIDICA

JURIDICA est un organisme de surveillance : Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09. JURIDICA S.A. au capital de 8 377 134 ,03 euros. Entreprise régie par le Code des Assurances.

**OPTION
PRIVILÈGE
UNIQUEMENT**

ASSURANCE DE « GROUPE COLLECTIF »

RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ACCORDÉES
PAR LE CONTRAT N° 5 007 268 AUPRÈS DE ACE EUROPE

1. OBJET DU CONTRAT

L'objet du contrat est d'indemniser les titulaires De la garantie Assistance LUXIOR en cas d'accident garanti.

2. SOUSCRIPTEUR

FEDERATION FRANCAISE DES ASSURES
207 rue Jean Jaurès
CS 52826
29228 BREST cedex 2

3. PERSONNES ASSURÉES

Tous les titulaires de la garantie Assistance LUXIOR en vigueur, âgés de moins de 80 ans et ayant signé le certificat d'assurance.

4. CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES

L'assuré est garanti tant au cours de sa vie professionnelle que privée, 24 heures sur 24, dans le monde entier pour les risques définis au chapitre « nature et montant des garanties ».

5. ENTRÉE EN VIGUEUR / CESSATION DES GARANTIES

Les garanties sont acquises à l'assuré (sous réserve du paiement de la prime par le souscripteur à l'assureur) à la date d'adhésion à l'Assistance LUXIOR

Les garanties cessent à la date de résiliation du contrat du contrat FFA.

6. INFORMATION

L'assuré peut se faire communiquer l'intégralité du contrat (Conditions Générales, Conditions particulières, barème Compagnie) sur simple demande auprès de :
FEDERATION FRANCAISE DES ASSURES
207 rue Jean Jaurès -
CS52826
29228 BREST cedex 2

7. NATURE ET MONTANT DES GARANTIES

En cas d'accident garanti au titre du présent contrat l'Assureur s'engage à indemniser les assurés ou leurs bénéficiaires dans la limite des montants définis ci-après :

a) si l'assuré est titulaire d'un contrat au sein de l'agence

DECES 16.000 €
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE 16.000 €

Réductible selon en cas d'invalidité permanente partielle selon barème Compagnie.
Franchise relative 20 %

b) si l'assuré est titulaire de deux contrats au sein de l'agence

DECES 20.000 €
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE 20.000 €

Réductible selon en cas d'invalidité permanente partielle selon barème Compagnie.
Franchise relative 20 %

c) si l'assuré est titulaire de trois contrats ou plus au sein de l'agence

DECES 24.000 €
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE 24.000 €

Réductible selon en cas d'invalidité permanente partielle selon barème Compagnie.
Franchise relative 20 %

Dans les 3 cas (a, b et c), le capital garanti est triplé si l'assuré décède ou conserve une Invalidité Absolue et définitive* à la suite d'un accident de circulation en tant que conducteur de son véhicule assuré auprès de LUXIOR.

* 3^e catégorie Sécurité Sociale avec assistance tierce personne

Il est précisé que pour les assurés âgés de 75 à 80 ans, les capitaux garantis sont divisés par 2.

8. ENGAGEMENT MAXIMUM

Le capital maximum garanti sur la tête d'une personne assurée ne pourra pas excéder la somme de 72.000 €

L'ensemble des capitaux garantis sur la tête des personnes assurées lors d'un même événement ne pourra en aucun cas dépasser la somme de 1.000.000 €

Dans le cas où les capitaux garantis dépasseraient cette somme, l'Assureur ne pourrait être tenu de répartir au marc-le-franc entre les victimes, quel que soit leur nombre, qu'un montant total équivalent audit maximum.



Association
Loi 1901

Fédération Française des Assurés
Centre de gestion : 207 rue Jean Jaurès - CS 52826 - 29228 Brest Cedex 2
Siège social : 112 Bd. Malesherbes - 75017 Paris
Tél. : 02 98 80 96 44 - Fax : 02 98 80 26 24 - Courriel : ffa@luxior.fr - Site adhérent : www.ffa.eu

ASSOCIATION
D'ASSURÉS
DEPUIS... 1976