

Dispositions Générales

COMO 84 21

Mars 2003

Santé

Soins et Prévoyance.

Allianz 

Madame, Monsieur,

Vous avez souscrit un contrat d'assurance auprès d'Allianz IARD. Nous vous en remercions.

Votre contrat d'assurance, régi par le Code des Assurances, comprend quatre parties :

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

Pour faciliter la lecture de ce document, nous avons adopté les conventions suivantes :
« **vous** » désigne l'**assuré** ; « **nous** » désigne votre **assureur**.

1^{ère} partie : Le fonctionnement de votre contrat

	7
La nature juridique de votre contrat	7
Les déclarations	7
2.1 : A la souscription	7
2.2 : En cours de contrat	7
2.3 : Les conséquences d'une fausse déclaration	8
Les cotisations	8
3.1 : Le paiement des cotisations	8
3.2 : L'évolution des cotisations	9
3.3 : Les conséquences d'une modification de la couverture de votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité	8
Le règlement des prestations	11
4.1 : La déclaration de sinistre	11
4.2 : Les compléments d'information	12
4.3 : En cas de désaccord	12
La durée, la modification et la résiliation de votre contrat	13
5.1 : La durée de votre contrat	13
5.2 : La modification des garanties de votre contrat	13
5.3 : La résiliation de votre contrat	14
5.4 : Les conséquences de la résiliation	15
La prescription	16
La subrogation	16
L'autorité de contrôle	16
Les définitions pour faciliter votre lecture	17

2^{ème} partie : Les garanties Assistance 21

9 Votre garantie assistance 24 h/24 avec votre contrat Latitude Evolution et/ou Garantie Hospitalière "Plus" - Protocole 620.900 21

9.1 : Assistance aux personnes 22

9.2 : Rapatriement et frais médicaux à l'étranger 25

9.3 : Les services Chimiothérapie et Radiothérapie 27

9.4 : Les services Chirurgie Ambulatoire 28

10 Votre garantie assistance 24 h/24 avec votre contrat Latitude Senior - Protocole 920.136 31

10.1 : Les services en cas de maladie et d'accident 32

10.2 : Les services Chirurgie Ambulatoire 33

10.3 : Les services en cas d'hospitalisation 33

10.4 : Les services Chimiothérapie et Radiothérapie 35

10.5 : Les services d'assistance au quotidien 36

10.6 : Rapatriement 37

11 Votre garantie assistance 24 h/24 avec votre contrat Indemnités Journalières "Plus" et Acti-Relais "Plus" - Protocole 621.482 42

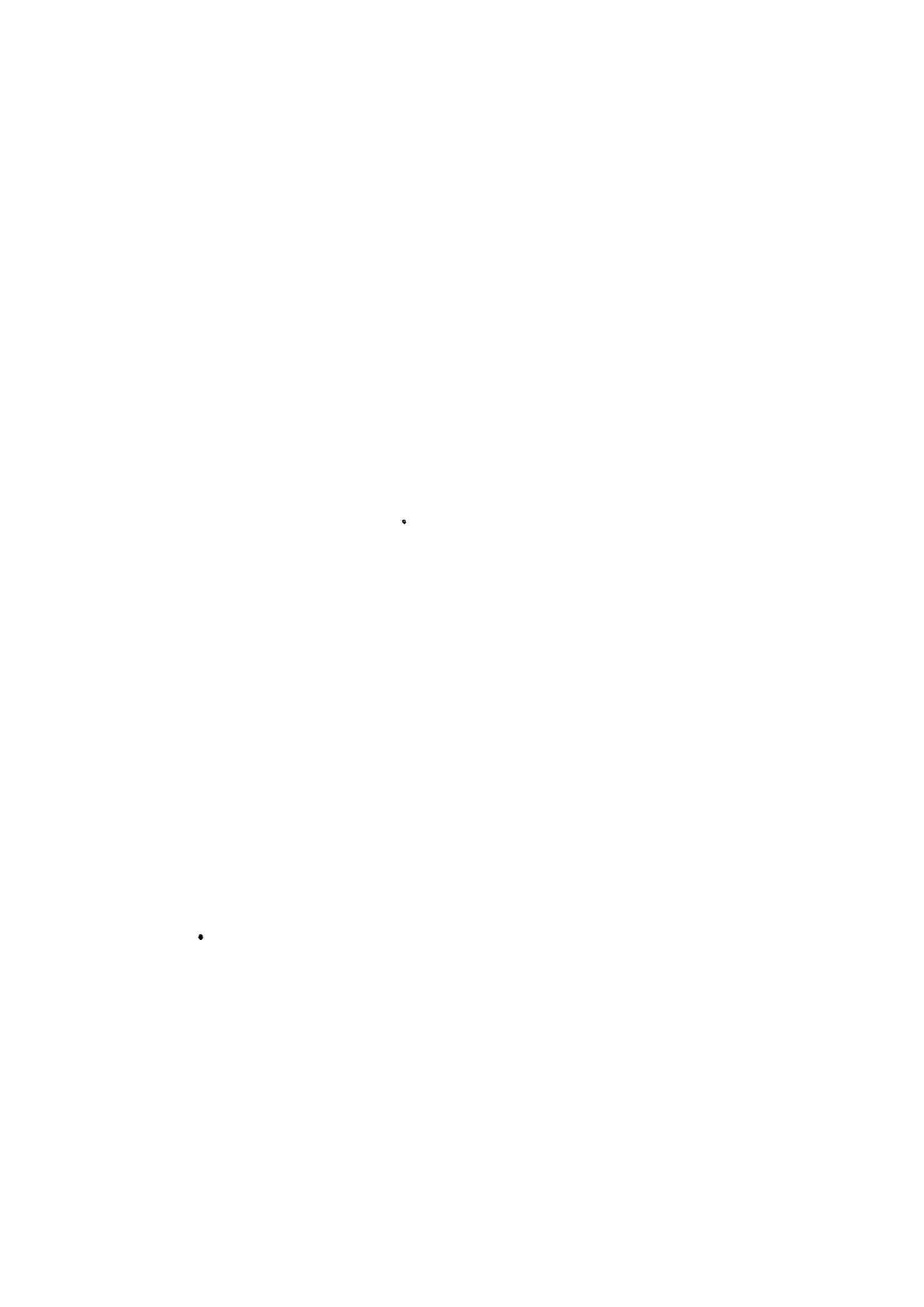
11.1 : Accompagnement psychologique 43

11.2 : Aide au retour à l'emploi 43

11.3 : Aide au retour à la vie professionnelle des personnes handicapées 45

1^{re} partie

Le fonctionnement
de votre contrat



1^{ère} partie : Le fonctionnement de votre contrat

1 La nature juridique de votre contrat

Collectif : si vous êtes travailleur indépendant, artisan, commerçant ou profession libérale, et si vous avez souhaité bénéficier de la déductibilité fiscale dans le cadre du dispositif réservé aux Travailleurs Non Salariés (article L144.1 du code des assurances), vous adhérez à la convention d'assurance groupe à adhésion facultative passée entre nous et l'Association de Prévoyance Santé.

Cette convention d'assurance groupe fait état des garanties de votre contrat concernées par la « loi Madelin », c'est-à-dire les garanties Soins, Garanties Hospitalières, Indemnités Journalières Accident ou Maladie/Accident et Rentes d'Invalidité.

Vous trouverez les références de cette (ou ces) convention(s) dans vos Dispositions Particulières.

Les garanties Acti-Relais, Capitaux Accident ainsi que la garantie exonération incluse dans les garanties Indemnités Journalières Maladie/Accident "Plus" n'entrent pas dans le cadre fiscal de la « loi Madelin » et font l'objet d'une convention d'assurance groupe spécifique.

Individuel : si vous êtes salarié, exploitant agricole, travailleur indépendant n'ayant pas souhaité bénéficier de la déductibilité fiscale dans le cadre du dispositif réservé aux TNS, vous souscrivez dans le cadre d'un contrat individuel.

2 Les déclarations

2.1 A la souscription

Afin de nous permettre d'apprécier les risques à prendre en charge pour toutes les personnes couvertes par le contrat, vous devez remplir avec exactitude :

- Pour la garantie Soins :
 - la proposition d'assurance.
- Pour les garanties Prévoyance :
 - la proposition d'assurance et
 - le questionnaire médical (ou attestation de santé).

2.2 En cours de contrat

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

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

- **Pour les garanties Indemnités Journalières, Capitaux et Rentes :**

- un changement d'activités professionnelles ou des conditions dans lesquelles celles-ci sont exercées,
- une cessation temporaire ou définitive d'activité,
- un arrêt temporaire ou définitif de toute activité professionnelle, notamment si vous faites valoir vos droits à l'assurance vieillesse.

Ces déclarations doivent nous parvenir, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent votre connaissance de l'un de ces événements. **Si l'absence ou le retard de déclaration nous cause un préjudice, nous pourrions invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder aux indemnisations prévues (article L 113-2 du Code des Assurances).**

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

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

2.3 Les conséquences d'une fausse déclaration

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

Si l'omission ou l'inexactitude est intentionnelle (article L 113-8 du Code des Assurances) :

- **le contrat est nul et réputé n'avoir jamais existé,**
- **les cotisations sont gardées à titre de dommages et intérêts.**

Si l'omission ou l'inexactitude n'est pas intentionnelle (article L 113-9 du Code des Assurances) :

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

3 Les cotisations

3.1 Le paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. Cependant, vous pouvez bénéficier d'un paiement fractionné de cette cotisation.

Le règlement s'effectue au plus tard dans les dix jours suivant la ou les échéances indiquées dans vos Dispositions Particulières.

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les dix jours de son échéance, vos garanties sont suspendues trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure (article L 113-3 du Code des Assurances).

Cette suspension de garantie :

- ne nous empêche pas de poursuivre en justice le recouvrement de la cotisation due,
- nous autorise à résilier votre contrat dix jours après le début de la suspension si, dans ce délai, la cotisation due n'a toujours pas été payée,

- vous fait perdre le droit aux prestations de votre contrat, même si la cotisation impayée est ultérieurement réglée, en ce qui concerne :
 - les dépenses occasionnées par des soins reçus pendant la période de suspension,
 - l'allocation forfaitaire pour les hospitalisations ayant débuté pendant la période de suspension,
 - les indemnités journalières pour les périodes d'incapacité temporaire totale de travail ayant débuté pendant la période de suspension, ainsi que la rente pour l'état d'invalidité qui pourrait en résulter,
 - les capitaux invalidité ou décès pour les accidents survenus pendant la période de suspension.

En cas de fractionnement de la prime annuelle, la suspension intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

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

3.2 L'évolution des cotisations

Vos cotisations évoluent selon des critères contractuels (âge, indexation), mais peuvent également évoluer en fonction d'éléments d'ordre technique (résultats techniques, modification de la couverture de votre régime obligatoire français d'assurance maladie et de maternité, modification réglementaire).

La date d'effet de ces révisions tarifaires est, selon le cas, l'échéance principale ou l'échéance qui suit l'événement.

Voir tableau récapitulatif page suivante.

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

Toute modification législative ou réglementaire provoquant une variation des dépenses de soins prises en charge par votre régime obligatoire ou par nous entraîne à notre initiative :

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

Tableau récapitulatif de l'évolution des cotisations (paragraphe 3.2)

	Garantie Soins	Garanties Hospitalières	Indemnités Journalières, Acti-Relais, Rentes d'Invalidité	Capital Invalidité et Décès Accident	Date d'effet
<p>Critères contractuels</p> <p>AGE DE L'ASSURÉ Les cotisations augmentent aux âges suivants :</p> <p>INDEXATION Les cotisations et les prestations des garanties augmentent tous les ans du taux indiqué ci-contre. Toutefois, nous nous réservons le droit d'augmenter ce taux en fonction de l'évolution du point de retraite A.G.I.R.C.</p>	Tous les ans à partir du 21 ^{ème} anniversaire	Tous les ans à partir du 18 ^{ème} anniversaire	Tous les ans à partir du 18 ^{ème} anniversaire	Tous les ans à partir du 18 ^{ème} anniversaire	l'échéance principale
<p>Motifs d'ordre technique</p> <p>RÉSULTATS TECHNIQUES Chaque année, les cotisations sont révisées en fonction des résultats techniques constatés et de l'évolution prévisible des remboursements complémentaires de frais de soins. Cette révision s'applique à l'ensemble des contrats ou bien à une catégorie de contrats. L'état de santé de l'assuré au moment de cette révision n'est aucunement pris en compte, conformément à la loi n° 89-1009 du 31/12/89.</p> <p>MODIFICATION DE LA COUVERTURE DE VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE ET MATERNITÉ Les cotisations peuvent être révisées en contrepartie du maintien de votre niveau de remboursement global (cumul des remboursements de votre régime obligatoire et de votre assurance complémentaire)</p> <p>MODIFICATION RÉGLEMENTAIRE Les cotisations peuvent être révisées selon l'impact des décisions gouvernementales</p>	Non	2 %	2 %	3 %	l'échéance principale
	Oui	Oui	Oui	Oui	l'échéance principale
	Oui	Non	Non	Non	l'échéance qui suit la modification
	Oui	Oui	Oui	Oui	l'échéance qui suit la modification

4 Le règlement des prestations

4.1 La déclaration de sinistre

Vous devez déclarer le sinistre en adressant, dans les meilleurs délais pour la garantie soins et dans les 8 jours, sauf cas de force majeure, pour les autres garanties, sous enveloppe avec mention « Secret Médical », à l'attention du service médical de votre centre de service client, les documents suivants :

- **Pour la garantie Soins**
 - *en cas de soins remboursés par votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité :*
 - l'original des décomptes de votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité si votre caisse du régime obligatoire ne nous les télétransmet pas ; en cas de télétransmission, votre caisse du régime obligatoire vous en informe par un message figurant sur le décompte de remboursement,
 - les factures détaillées pour nous permettre de connaître le montant des dépenses engagées le cas échéant.
 - *en cas de soins non remboursés par votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité :*
 - les factures détaillées,
 - la notification de refus émanant de votre régime de base pour les soins soumis à entente préalable,
 - la prescription médicale.
- **Pour les Garanties Hospitalières, Indemnités Journalières, Rentes ou Capitaux :**
 - tout document jugé utile pour l'appréciation de votre demande d'indemnisation,
 - un procès-verbal de police ou de gendarmerie, relatant les circonstances de l'événement en cas d'accident de la circulation.
- **Pour les Garanties Hospitalières :**
 - le bulletin de situation ou d'hospitalisation comprenant la discipline médico-tarifaire (DMT), ou un double de la facture d'hospitalisation,
 - un certificat médical indiquant le motif de l'hospitalisation,
 - un procès-verbal de police ou de gendarmerie, ou un dépôt de plainte non suivi d'un retrait, relatant les circonstances de l'événement en cas d'hospitalisation suite à une agression pour la Garantie Hospitalière "Plus".
- **Pour la garantie Indemnités Journalières Accident, Maladie/Accident ou Acti-Relais :**
 - l'avis d'arrêt de travail initial ou de prolongation,
 - si vous êtes salarié, une attestation d'activité professionnelle réelle et rémunérée au moment de la prescription de votre arrêt de travail.
- **Pour la garantie Rente d'invalidité :**
 - un certificat médical précisant la nature de l'affection et la date de consolidation ou de stabilisation de votre état de santé.
- **Pour la garantie Capital Invalidité Accident :**
 - une déclaration d'accident précisant la date, le lieu et les circonstances de l'accident,
 - un certificat médical de constatation des blessures.
- **Pour la garantie Capital Décès Accident :**
 - l'acte de décès,
 - un certificat médical précisant les circonstances exactes du décès.

4.2 Les compléments d'information

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

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

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

Nous pourrions invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder aux indemnisations si :

- **vous refusez de vous soumettre à un examen médical,**
- **la transmission tardive ou fausse de la déclaration de sinistre ou des compléments d'information nous cause un préjudice.**

4.3 En cas de désaccord

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

a) L'expertise amiable

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

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

Le choix du médecin expert se fait :

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

Les honoraires et frais relatifs à cette expertise sont :

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

b) Les autres voies de réclamation possibles

Votre interlocuteur habituel est en mesure d'étudier au fond toutes vos demandes et réclamations. Si au terme de cet examen, les réponses données ne satisfaisaient pas à votre demande, vous pouvez adresser votre réclamation à :

Département relations Clientèle
Tour Neptune, CC1304
20, place de Seine, La Défense 1
92086 Paris La Défense Cedex.

Enfin, en cas de désaccord définitif entre nous, vous aurez la faculté de faire appel au Médiateur dont les coordonnées vous seront fournies sur simple demande, ce sans préjudice des autres voies d'actions légales.

5 La durée, la modification et la résiliation de votre contrat

5.1 La durée de votre contrat

Votre contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction à chaque échéance principale.

Concernant les garanties Soins et Garanties Hospitalières (non soumises à la taxe sur les conventions d'assurance), nous nous engageons à :

- ne jamais les résilier* sauf application des garanties L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances en cas de fausse déclaration et de l'article L 113-3 du Code des Assurances en cas de non-paiement de cotisation,
- ne jamais diminuer les garanties de notre propre chef,
- ne jamais augmenter **individuellement** les cotisations en raison de votre état de santé.

Pour les autres garanties (Garanties Hospitalières soumises à la taxe sur les conventions d'assurance, Indemnités Journalières Accident, Maladie/Accident, Acti-Relais, Rentes d'Invalidité et Capital Accident), nous nous engageons à ne prendre aucune de ces mesures de redressement au-delà des 2 premières années suivant leur souscription.

** sauf en cas d'atteinte de l'âge limite de garanties précisé dans vos Dispositions Spéciales*

5.2 La modification des garanties de votre contrat

Vous avez, à tout moment, la possibilité de nous demander la modification des garanties de votre contrat ; il vous suffit de nous fournir les justificatifs nécessaires à l'appréciation du risque.

- L'augmentation ou la diminution de la garantie ne peuvent intervenir qu'après la première année d'assurance. **Elles prendront effet à la prochaine échéance principale ou plus tôt, à notre appréciation.**

L'augmentation ou la réduction de garanties entraîne la modification de la cotisation.

5.3 La résiliation de votre contrat

Qui peut résilier et dans quel cas ?	Que faut-il faire et à quel moment ?	Quand la résiliation prend-elle effet ?
<i>Vous pouvez résilier votre contrat</i>		
Chaque année	Vous nous envoyez une lettre recommandée deux mois avant l'échéance principale (1)	A l'échéance principale
Si nous refusons de réduire votre cotisation en cas de diminution de risque pour un motif autre que votre état de santé (2)	Vous nous envoyez une lettre recommandée dans les quinze jours qui suivent la réception de votre avis d'échéance	30 jours après l'envoi de votre demande de résiliation (1)
Si après un sinistre, nous mettons fin à un autre de vos contrats (2)	Vous nous envoyez une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la réception de notre notification de résiliation	Un mois après l'envoi de votre demande de résiliation (1)
<i>Nous pouvons résilier votre contrat</i>		
Au cours des 2 premières années d'assurance (2). Au-delà, nous ne pouvons plus résilier votre garantie sauf dans les cas cités ci-dessous	Nous vous envoyons une lettre recommandée deux mois avant la date d'anniversaire de l'effet de votre garantie	A la date anniversaire de l'effet de votre garantie
Si vous n'avez pas réglé une partie ou la totalité de votre cotisation	Nous vous envoyons une lettre recommandée de mise en demeure dix jours après la date limite de règlement de la cotisation	Quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure (1)
Si vous avez effectué une omission ou une inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat	Nous vous envoyons une lettre recommandée	Article L 113-9 : dix jours après l'envoi de la lettre recommandée (1)
Si vous avez commis une fraude ou une tentative de fraude à l'occasion d'un sinistre	Nous vous envoyons une lettre recommandée	Dix jours après l'envoi de la lettre recommandée par nos services (1)
Si vous n'acceptez pas les nouvelles conditions tarifaires proposées en cas d'aggravation de risque, indépendante de votre état de santé		Trente jours après la réception de notre proposition de modification (1)
S'il existe en cours de contrat une aggravation du risque indépendante de votre état de santé (2)	Nous vous envoyons une lettre recommandée	Dix jours après l'envoi de la lettre recommandée (1)
<i>La résiliation de votre contrat est automatique</i>		
Lorsque vous atteignez l'âge limite de garantie indiqué dans vos Dispositions Spéciales		Pour chaque garantie, à la date anniversaire indiquée aux Dispositions Spéciales
Si vous cessez temporairement ou définitivement vos activités professionnelles (3)		A la date de cessation de vos activités professionnelles
Lorsque vous quittez, pour une période supérieure à un an : - la France Métropolitaine ou les DOM pour la garantie Soins - la France Métropolitaine pour les garanties Prévoyance		- Garantie soins : dès que vous ne bénéficiez plus du régime obligatoire Français - Autres garanties : à la date de votre départ
Si nous faisons l'objet d'une décision de retrait d'agrément de la part de l'Autorité de Tutelle	L'arrêté de retrait d'agrément est publié au Journal Officiel	Quarante jours à midi après la publication

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

(2) sont concernées par ces dispositions les Garanties Hospitalières (soumises à la taxe sur les conventions d'assurance), Indemnités Journalières Accident, Maladie/Accident, Acti-Relais, Capital et Rente d'Invalidité

(3) sont concernées par ces dispositions les garanties Indemnités Journalières Accident, Maladie/Accident, Acti-Relais et Rente d'Invalidité

5.4 Les conséquences de la résiliation

	Vous recevez des prestations pour :	Vous ne recevez pas de prestations pour :
Garantie Soins	Les soins effectués avant la résiliation de votre garantie, même si la demande de remboursement est effectuée après la résiliation.	Les soins effectués après la résiliation de votre garantie, quand bien même ils peuvent être rattachés à une maladie ou un accident antérieurs à la résiliation.
Garanties Hospitalières	Les hospitalisations qui ont débuté avant la résiliation de votre garantie, y compris pour les journées d'hospitalisation qui se situent au-delà de cette date. Toutefois l'indemnisation se fait dans la limite de versement prévue au paragraphe « le versement de l'allocation forfaitaire est-il limité dans le temps » de vos Dispositions Spéciales.	Les hospitalisations qui ont débuté après la résiliation de votre garantie.
Garantie Indemnités Journalières Accident, Maladie/Accident, ou Acti-Relais	Les périodes d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail qui ont débuté avant la résiliation de votre garantie, y compris pour les journées d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail qui se situent au-delà de cette date. Toutefois, l'indemnisation se fait dans la limite de versement prévu au paragraphe « le versement des indemnités journalières est-il limité dans le temps » de vos Dispositions Spéciales.	Les périodes d'incapacité temporaire totale de travail qui ont débuté après la résiliation de votre garantie.
Garantie Rente d'Invalidité	L'état d'invalidité, ou une aggravation de celui-ci, imputable à une affection constatée avant la résiliation de votre garantie. Toutefois l'indemnisation se fait dans la limite de versement prévu au paragraphe « le versement de la rente est-il limité dans le temps » de vos Dispositions Spéciales.	L'état d'invalidité imputable à une affection constatée après la résiliation de votre garantie.
Garantie Capital Invalidité Accident	L'accident survenu avant la date de résiliation de votre garantie.	L'accident survenu après la date de résiliation de votre garantie. L'aggravation de l'état d'invalidité constatée après la date de résiliation, même si elle est imputable à un accident survenu avant la résiliation de votre garantie.
Garantie Capital Décès Accident	L'accident survenu avant la date de résiliation de votre garantie, même si le décès survient après la résiliation.	L'accident survenu après la date de résiliation de votre garantie.

6 La prescription

Toute action concernant l'application de votre contrat ne peut être engagée au-delà de deux ans (10 ans pour les ayants-droit, bénéficiaires du capital décès accident) à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription peut être interrompue par des causes ordinaires d'interruption ainsi que dans les cas suivants :

- a) désignation d'un expert à la suite d'un sinistre,
- b) envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (la date du cachet de la poste faisant foi) 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,
- c) citation en justice.

7 La subrogation

Nous sommes subrogés dans vos droits et actions contre tout responsable pour le remboursement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat et qui vous sont effectivement versées.

8 L'autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de notre société est « L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9 ».

Les définitions pour faciliter votre lecture :

Accident :

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

Agression :

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

Année d'assurance :

Période comprise entre 2 échéances principales.

Base de remboursement :

Tarif des prestations d'assurance maladie servant de base au remboursement de la Sécurité sociale.

La Base de remboursement comprend :

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

Cotisation :

Somme que doit verser l'assuré, en contrepartie de la garantie de l'assureur.

Date d'effet :

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

Délai d'attente :

Période pendant laquelle l'événement survenu ne peut donner lieu à indemnisation, même s'il se prolonge au-delà de cette période.

Échéance :

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

Échéance principale :

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

Frais généraux :

Les frais généraux sont constitués des dépenses nécessaires à l'exercice de votre activité professionnelle et qui n'ont pas, en comptabilité, de contrepartie à l'actif.

Ils comprennent :

- les frais de personnel (y compris les charges sociales)
- les frais de location et d'entretien (locaux ou matériel)
- les frais divers de fonctionnement (chauffage, eau, gaz, électricité)
- les intérêts d'emprunts,
- les cotisations d'assurance.

Ne sont pas considérés comme frais généraux :

- *votre propre salaire (et sous certaines conditions celui de votre conjoint)*
- *les achats de marchandises, de matières premières ou d'approvisionnements,*
- *le prix d'achat d'un élément de l'actif « immeuble, matériel, brevet »,*
- *les amortissements et les provisions.*

Franchise :

Période comprise entre le premier jour d'arrêt de travail et le premier jour indemnisé.

Hospitalisation :

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

Invalidité permanente :

Il y a invalidité permanente lorsque votre état de santé ne vous permet plus d'effectuer, définitivement, tout ou partie des actes de la vie courante. Cet état de santé résulte d'une réduction de votre capacité fonctionnelle, physique ou mentale constatée par notre médecin-conseil après stabilisation de la maladie ou consolidation des blessures.

Maladie :

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

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

Maladie infectieuse :

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

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

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

2^e partie

Les garanties

Assistance

2^{ème} partie : Les garanties Assistance

9 Votre garantie assistance 24 h/24 avec votre contrat Latitude Evolution et/ou Garantie Hospitalière « Plus » - Protocole 620.900

Les services d'information et d'assistance sont organisés et mis en œuvre par :
Mondial Assistance France – 54, rue de Londres - 75008 PARIS (entreprise régie par le Code des Assurances).

Pour bénéficier des prestations énoncées ci-après, il est impératif d'appeler préalablement Mondial Assistance France.

Tous les frais engagés sans l'accord préalable de Mondial Assistance France ne pourront être pris en charge.

Définitions générales

Les bénéficiaires

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance qui vous sont accordés en tant que titulaire :

- d'un contrat Latitude Evolution comprenant des garanties soins et/ou une Garantie Hospitalière "Plus"*
- d'un contrat Prévoyance Evolution comprenant une Garantie Hospitalière "Plus"* ainsi qu'aux bénéficiaires définis ci-après :
- votre conjoint ou concubin assuré,
- vos enfants à charge assurés.

* La Garantie Hospitalière "Classic" ne comporte pas de garantie Assistance.

Validité dans le temps

Les garanties assistance couvrent les accidents et les maladies survenues pendant la durée de validité de vos contrats Latitude Evolution et/ou Garantie Hospitalière "Plus" comportant de l'assistance, à laquelle elles se rattachent et dont elles suivent le sort (suspension, résiliation...).

Validité territoriale

Assistance aux personnes : France métropolitaine et Principauté de Monaco.

Rapatriement et frais médicaux à l'étranger : Monde entier.

Définitions

Domicile : lieu de résidence principale en France métropolitaine et Principauté de Monaco.

Maladie : on appelle maladie, une altération de l'état de santé médicalement constatée.

Maladie chronique : se dit d'une maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine).

Accident : toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

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

Immobilisation imprévue : Toute incapacité physique à se déplacer survenant inopinément et consécutive à un accident ou à une maladie, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin. Mondial Assistance France se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail conformant l'immobilisation au domicile avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Risque couvert : vie pratique, vie professionnelle.

Comment contacter Mondial Assistance France ?

Toute demande d'assistance doit, sous peine d'irrecevabilité, être formulée directement par le bénéficiaire (ou toute personne agissant en son nom) par tous les moyens précisés ci-après :

- soit par téléphone de France : 0969 391 929 (appel non surtaxé)
de l'étranger (PCV accepté) : (00) 33.1.40.25.58.61
- soit par télégramme : MONDIALAS PARIS
- soit par fax de France : 01.40.25.52.62
de l'étranger (PCV accepté) : (00).33.1.40.25.52.62

en indiquant le nom et le numéro du protocole 620.900.

Dans tous les cas, indiquez :

- votre nom et le moyen de vous joindre rapidement (adresse, numéro de téléphone),
- votre numéro de contrat et ses dates de validité, le numéro de dossier de Mondial Assistance France qui vous aura été communiqué lors de votre 1^{er} appel.

9.1 Assistance aux personnes

9.1.1 Allô-conseil médical

Sur votre demande et sur simple appel téléphonique, 7J/7 et 24h/24, l'un des médecins de Mondial Assistance France :

- répond aux questions d'ordre médical ou diététique (conseils médicaux),
- peut indiquer les adresses des centres de cure spécialisés en France,
- recherche et indique les adresses des établissements médicaux spécialisés susceptibles de recevoir l'assuré souffrant d'un handicap.

Toutefois, Mondial Assistance France ne peut garantir si le centre ou l'établissement indiqué pourra accueillir l'assuré.

Dans tous les cas, il appartiendra à l'assuré de voir avec son médecin traitant les formalités d'admission et de prise en charge.

Les médecins de Mondial Assistance France ne réalisent en aucun cas de diagnostic ou de consultation par téléphone. Mondial Assistance France ne se substitue pas non plus aux secours locaux d'urgence.

La responsabilité de Mondial Assistance France ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cadre d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements que vous aurez demandés.

9.1.2 Services en cas de maladie et/ou d'accident

9.1.2.1 Recherche de médicaments

En cas d'accident ou de maladie, si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat urgent de médicaments indispensables, vous n'êtes pas en mesure de vous déplacer de votre domicile, Mondial Assistance France fait le nécessaire pour rechercher, acheter et vous apporter ces médicaments.

Mondial Assistance France fait l'avance du coût de ces médicaments. Vous devrez les rembourser au moment même où ceux-ci vous seront apportés.

9.1.2.2 Transmission de messages

- Mondial Assistance France peut se charger de transmettre des messages à votre famille dans la limite des éléments fournis et des disponibilités techniques, sur simple appel de votre part.
- Mondial Assistance France peut se charger également de vous transmettre des messages urgents provenant de votre famille dans la limite des éléments fournis et des possibilités techniques.

9.1.3 Services en cas d'hospitalisation (suite à maladie, accident, accouchement) et/ou de décès

9.1.3.1 Garde des enfants

Suite à votre hospitalisation de plus de 24 h, Mondial Assistance France recherche une personne pour garder vos enfants à charge, de moins de 15 ans dans la limite des disponibilités locales, de 7 h à 19 h pendant 2 jours maximum et prend en charge les frais ainsi occasionnés. Cette assistance est accordée également en cas de décès.

9.1.3.2 Garde des animaux de compagnies (chiens - chats)

Suite à votre hospitalisation supérieure à 24 h, Mondial Assistance France organise et prend en charge la garde à l'extérieur ou l'entretien à domicile des chiens et chats, à la condition qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires. Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge avec un maximum de 228,67 € TTC.

9.1.3.3 Transfert des enfants en France métropolitaine

Si votre hospitalisation doit dépasser 48 h, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- soit le transfert aller et retour des enfants à charge, de moins de 15 ans, par train 1^{ère} classe ou avion classe touriste, chez un parent ou une personne que vous aurez désignée résidant en France métropolitaine ou Principauté de Monaco.
- soit met à la disposition d'un membre de votre famille ou d'une personne que vous aurez désignée, un billet aller/retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste afin de se rendre à votre domicile pour effectuer la garde des enfants.

Cette assistance est également accordée en cas de mise en œuvre de celle décrite au paragraphe ci-avant, et en cas de décès.

9.1.3.4 Présence au chevet d'un membre de la famille

- En cas d'hospitalisation supérieure à 48 h, Mondial Assistance France met à la disposition d'un membre de votre famille ou d'une personne que vous aurez désignée, un billet aller/retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste afin de se rendre à votre chevet.
- Mondial Assistance France organise le séjour à l'hôtel de la personne désignée et prend en charge ses frais réellement exposés jusqu'à un maximum de 45,73 € TTC par nuit (maximum 2 nuits).

9.1.3.5 Aide ménagère à domicile

A la suite ou pendant une hospitalisation de plus de 48 h, Mondial Assistance France recherche et missionne dans la limite des disponibilités locales une personne qualifiée afin d'effectuer l'aide ménagère nécessaire, pendant 15 heures réparties sur 2 semaines. Mondial Assistance France prend en charge les frais ainsi occasionnés.

9.1.4 Services supplémentaires aux enfants assurés

9.1.4.1 Assistance enfants malades

Dès réception de votre appel, après la visite de votre médecin traitant ordonnant un arrêt maladie supérieur ou égal à 3 jours (certificat médical indispensable) :

- Mondial Assistance France organise et prend en charge, pour un membre de votre famille ou d'une personne désignée, un billet aller/retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste afin de se rendre au chevet de l'enfant.
- Mondial Assistance France organise le séjour à l'hôtel de la personne désignée et prend en charge ses frais réellement exposés jusqu'à un maximum de 45,73 € TTC par nuit (maximum 2 nuits). Toutefois, si vous êtes dans l'impossibilité de désigner une personne susceptible d'assurer la garde de votre enfant, Mondial Assistance France pourra vous aider dans la recherche d'une garde malade professionnelle. Il est entendu que les honoraires et frais de garde resteront à votre charge.

9.1.4.2 L'école continue

Ce service permet à tout enfant scolarisé, du cours préparatoire jusqu'au baccalauréat, de recevoir une aide pédagogique en cas de maladie ou d'accident l'immobilisant à son domicile ou en milieu hospitalier (sous réserve de l'accord de l'établissement hospitalier, du médecin et du personnel soignant) et entraînant une absence supérieure à 10 jours consécutifs de cours. Une aide pédagogique est fournie à partir du 11^{ème} jour d'absence scolaire dans les matières principales.

Les cours sont pris en charge par Mondial Assistance France à concurrence de 15 heures par semaine, tous cours confondus.

Durée de la garantie

La garantie s'applique à compter du 11^{ème} jour d'absence scolaire de l'enfant sans qu'il y ait eu reprise des cours. Les 10 jours constituent une franchise absolue.

La garantie est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire, selon les zones définies par le Ministère de l'Education Nationale. Elle ne joue pas durant les vacances scolaires, dimanches et jours fériés.

Conditions médicales nécessaires à la mise en œuvre de la garantie

Vous devrez justifier votre demande en présentant un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et le fait que votre enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire. La durée présumée de l'immobilisation sera indiquée.

Ce certificat médical sera adressé au médecin de Mondial Assistance France qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi ledit certificat.

Délai de mise en place

Dès réception de votre demande, Mondial Assistance France mettra tout en œuvre afin qu'un répétiteur scolaire soit au domicile de l'enfant le plus rapidement possible.

Toutefois, à compter de la réception de la demande, un délai maximum de 2 jours peut être demandé pour rechercher la personne qui assurera les cours de l'enfant malade ou blessé. Ce délai s'entend hors samedis, dimanches et jours fériés.

Déroulement de la prestation « l'école continue »

A partir du 11^{ème} jour d'absence scolaire des cours à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, immobilisant l'enfant à son domicile et l'empêchant de poursuivre sa scolarité, un répétiteur scolaire est envoyé au domicile de l'enfant.

Ce répétiteur scolaire permet à l'enfant, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les matières suivantes : français, mathématiques, physiques/chimie, géographie, langues étrangères (langues de la CEE), histoire, technologie, biologie.

Ce ou ces répétiteurs habilités à donner des cours du niveau de la classe de l'enfant, sont autorisés par l'assuré à prendre contact, si cela s'avère nécessaire, avec l'établissement scolaire de l'enfant afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels de cet enfant l'étendue du programme à étudier.

Les cours sont pris en charge, dans le cadre de cette garantie, à concurrence de 15 heures par semaine tous cours confondus.

Ces 15 heures sont fractionnables à raison de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire.

Si des cours sont demandés pour l'enfant au-delà de 15 heures par semaine, ils seront à votre charge. La prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire et cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours. Elle cesse en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

Exclusions à la garantie « école continue »

La garantie est exclue pour :

- les maladies chroniques et l'invalidité permanente,
- les maladies ou accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat.

Toute fraude, falsification, ou déclaration fautive entraîne automatiquement la nullité de cette garantie.

9.2 Rapatriement et frais médicaux à l'étranger

9.2.1 Rapatriement ou transport sanitaire du bénéficiaire malade ou blessé

Si l'état du bénéficiaire nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, Mondial Assistance France organise et prend en charge :

- soit le transport vers un centre régional hospitalier ou dans un pays proche susceptible d'assurer les soins. Dans un second temps, le bénéficiaire sera rapatrié vers son pays de résidence par avion de lignes régulières,
- soit le rapatriement vers son pays de résidence s'il n'existe pas de centre médical adapté plus proche.

Selon la gravité du cas, le rapatriement ou le transport est effectué, sous surveillance médicale si nécessaire, par le plus approprié des moyens suivants :

- avion sanitaire spécial ou avion de lignes régulières,
- train, wagon-lit, bateau, ambulance.

Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile.

Si l'hospitalisation n'a pu se faire dans un établissement proche du domicile, Mondial Assistance France organise et prend en charge, lorsque l'état de santé le permet, le transport de cet hôpital au domicile.

Mondial Assistance France ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessures légères, ne nécessitant ni un rapatriement, ni un transport médicalisé.

9.2.2 Rapatriement ou transport de corps suite à décès

Mondial Assistance France organise et prend en charge le transport du corps depuis le lieu de mise en bière, en France ou à l'étranger, jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine. Mondial Assistance France prend en charge les frais annexes nécessaires au transport du corps, dont le coût d'un cercueil du modèle le plus simple permettant le transport.

Les frais de cérémonie, d'accessoires, d'inhumation ou de crémation sont à la charge des familles. Si ces frais ont été avancés par Mondial Assistance France, le souscripteur, le bénéficiaire ou ses ayants droit s'engagent alors à effectuer le remboursement de cette avance à réception de la demande de remboursement de Mondial Assistance France.

Mondial Assistance France organise et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation des autres bénéficiaires se trouvant sur place (train 1^{ère} classe ou avion classe économique), s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.

Lorsqu'il y a inhumation provisoire, Mondial Assistance France organise et prend en charge les frais de transport (train 1^{ère} classe ou avion classe économique) aller et retour d'un membre de la famille (conjoint ou concubin, enfants), si l'un d'eux n'est pas déjà sur les lieux, pour se rendre de son domicile en France métropolitaine jusqu'au lieu d'inhumation dans un pays de résidence ainsi que son séjour à l'hôtel à concurrence de **45,73 € TTC** par jour avec un maximum de **457,35 € TTC**.

9.2.3 Avance de frais médicaux à l'étranger

Dans la limite de 3811,23 € TTC, Mondial Assistance France peut vous faire l'avance, en cas d'hospitalisation onéreuse pour une maladie ou un accident, du montant nécessaire au paiement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation.

Vous vous engagez alors à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais et à reverser immédiatement à Mondial Assistance France toute somme perçue à ce titre.

Conditions applicables aux interventions

La décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de Mondial Assistance France, après contact avec le médecin traitant sur place et si nécessaire avec le médecin traitant habituel. Seuls l'intérêt médical du bénéficiaire 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 éventuelle.

En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie,...

Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne. Mondial Assistance France ne saurait être tenue pour responsable d'un retard ou d'un empêchement dans l'exécution de prestations « rapatriement ou transport » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.

Si le bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le médecin de Mondial Assistance France, il décharge expressément Mondial Assistance France de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perd droit à toute prestation et indemnisation de la part de Mondial Assistance France.

Engagements financiers de Mondial Assistance France

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

Les frais exposés seront alors remboursés sur présentation des justificatifs, dans la limite de ceux que Mondial Assistance France aurait engagés pour organiser le service. Lorsque Mondial Assistance France doit organiser le retour prématuré du bénéficiaire en France métropolitaine ou Principauté de Monaco, elle peut lui demander d'utiliser son titre de transport.

Lorsque Mondial Assistance France a assuré à ses frais le retour du bénéficiaire, il est demandé à celui-ci d'effectuer les démarches nécessaires au remboursement de ses titres de transport non utilisés et de reverser le montant perçu à Mondial Assistance France sous un délai maximum de trois mois suivant la date de retour.

Seuls les frais complémentaires à ceux que le bénéficiaire aurait dû normalement engager pour son retour au domicile en France métropolitaine ou Principauté de Monaco, sont pris en charge par Mondial Assistance France.

Lorsque Mondial Assistance France a accepté le changement d'une destination fixée contractuellement, sa participation financière ne pourra être supérieure au montant qui aurait été engagé si la destination initiale avait été conservée.

En cas de prise en charge de séjour à l'hôtel, Mondial Assistance France ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-avant, et à l'exclusion de tous autres frais.

Sauf décision contraire du médecin de Mondial Assistance France, les rapatriements ou transports sanitaires vers la France métropolitaine, Monaco et Andorre depuis les pays listés ci-dessous s'effectuent par avion de ligne régulière : Monde entier sauf la France métropolitaine (y compris Corse), Andorre, Monaco, Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark (hors Groenland), Espagne Continentale, Baléares, Royaume-Uni, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal Continental, République San Marin, Suisse, Albanie, Biélorussie, Bulgarie, Bosnie Herzégovine, Canaries, Chypre, Croatie, Finlande, Georgie, Grèce, Hongrie, Islande, Israël, Macédoine, Madère, Malte, Maroc, Moldavie, Norvège, Pays Baltes, Pologne, Serbie - Monténégro, Slovaquie, Tchèque, Roumanie, Russie (partie européenne), Slovénie, Suède, Tunisie, Turquie, Ukraine, Vatican.

9.3 Les services Chimiothérapie et Radiothérapie

9.3.1 Aide ménagère à domicile

En cas de chimiothérapie et radiothérapie ambulatoire, Mondial Assistance France recherche, missionne et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère après chaque séance de chimiothérapie à concurrence de 15 heures maximum.

L'intervention de la prestation « aide ménagère » doit obligatoirement être organisée dans les 48h qui suivent une de vos séances de chimiothérapie ou de radiothérapie.

Chaque intervention d'une aide ménagère est de 3 h minimum (hors temps de déplacement de l'aide ménagère jusqu'à votre domicile).

La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, ...) à votre domicile. Cette garantie fonctionne du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8 h 00 à 19 h 00.

9.3.2 Ecoute active

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance France vous offre une écoute active à vous ou à votre entourage, du lundi au samedi de 7 h 00 à 21 h 00.

Cette prestation est assurée en toute confidentialité, par des professionnels de l'accueil téléphonique, animés par un esprit de disponibilité, d'écoute et de réconfort.

La mission des opérateurs consiste essentiellement en une disponibilité permanente d'écoute. Les opérateurs ne sont pas habilités à répondre à une demande relevant des domaines de la psychologie, de la psychanalyse, de la psychiatrie et plus généralement du domaine médical. En conséquence, la responsabilité de Mondial Assistance France ne pourra en aucun cas être recherchée pour des actes, quels qu'en soient leurs natures, commis par vous ou vos proches pendant ou après une conversation.

9.3.3 Accompagnement psychologique

Lorsque vous ou un de vos proches avez subi un traumatisme psychologique fort ou êtes psychologiquement affaibli, suite à l'annonce d'un cancer ou suite à l'initiation d'un traitement pour cancer, Mondial Assistance France organise et prend en charge l'intervention d'un psychologue.

Vous ou votre entourage communiquez à Mondial Assistance France les coordonnées du médecin traitant ou urgentiste intervenu auprès de vous. Avec votre accord ou celui d'un de vos proches désigné, le médecin de Mondial Assistance France entre alors en contact téléphonique avec ce médecin afin d'évaluer avec lui l'ampleur du traumatisme psychologique.

Si la situation est justifiable d'une intervention psychologique d'accompagnement, Mondial Assistance France organise la prestation "accompagnement psychologique". Un rendez-vous est alors fixé entre vous et/ou votre proche et un psychologue proche de votre domicile. Lors de cette première consultation en cabinet, le psychologue détermine avec vous ou votre proche les objectifs et la durée de l'intervention.

En dehors de cette indication, le médecin traitant conviendra avec son patient du mode d'intervention adapté.

Mondial Assistance France prend en charge le coût des consultations en cabinet à hauteur de 12 heures maximum.

9.3.4 Prise en charge des frais de taxi

Dans le cas où votre état de santé (si vous êtes atteint d'un cancer) nécessite une hospitalisation supérieure à 2 jours et sur prescription médicale, Mondial Assistance France organise et prend en charge votre transport par taxi ou par ambulance de votre domicile vers l'hôpital dans un rayon de 50 km maximum.

Si vous êtes atteint d'un cancer, dans le cas où l'état de santé de votre enfant nécessite une hospitalisation supérieure à 2 jours, Mondial Assistance France organise et prend en charge votre transport par taxi de votre domicile vers l'hôpital où séjourne votre enfant, dans un rayon de 50 km maximum.

Les frais de taxi sont pris en charge avec un maximum de 250 euros TTC par séjour et 500 euros TTC sur 12 mois consécutifs.

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel vous serez affilié. En conséquence, vous vous engagez à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de vos frais auprès de ces organismes et à verser à Mondial Assistance France toutes sommes perçues par vous à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par Mondial Assistance France.

9.4 Les services Chirurgie Ambulatoire

La chirurgie ambulatoire se pratique obligatoirement en milieu hospitalier. Le patient y entre le matin et en sort dans la journée.

9.4.1 Prise en charge des frais de taxi

En raison des procédures d'anesthésie spécifiques utilisées dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, le patient opéré n'a pas le droit de conduire le soir pour retourner à son domicile.

Dans ce cas, Mondial Assistance France organise et prend en charge votre transport par taxi ou par ambulance de votre domicile vers l'hôpital et de l'hôpital vers votre domicile, dans un rayon de 50 km maximum.

Les frais de taxi sont pris en charge avec un maximum de 100 euros TTC par intervention réalisée en chirurgie ambulatoire.

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel vous serez affilié. En conséquence, vous vous engagez à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de vos frais auprès de ces organismes et à verser à Mondial Assistance France toutes sommes perçues par vous à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par Mondial Assistance France.

9.4.2 Appel du lendemain

Sur simple demande de votre part, une infirmière de Mondial Assistance France vous appelle le lendemain de l'acte opératoire pour s'assurer que vous n'avez pas de problèmes particuliers consécutifs à l'intervention ou de difficultés dans la gestion du traitement prescrit.

En cas de difficultés repérées, l'infirmière s'assure que vous trouvez une réponse adéquate, soit de l'établissement ayant réalisé l'acte, soit d'un professionnel de santé.

Sauf décision contraire du médecin de Mondial Assistance France, les rapatriements ou transports sanitaires vers la France métropolitaine, Monaco et Andorre depuis les pays listés ci-dessous s'effectuent par avion de ligne régulière :

Monde entier sauf la France métropolitaine (y compris Corse), Andorre, Monaco, Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark (hors Groenland), Espagne Continentale, Baléares, Royaume-Uni, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal Continental, République San Marin, Suisse, Albanie, Biélorussie, Bulgarie, Bosnie Herzégovine, Canaries, Chypre, Croatie, Finlande, Georgie, Grèce, Hongrie, Islande, Israël, Macédoine, Madère, Malte, Maroc, Moldavie, Norvège, Pays Baltes, Pologne, Serbie - Monténégro, Slovaquie, Tchéquie, Roumanie, Russie (partie européenne), Slovénie, Suède, Tunisie, Turquie, Ukraine, Vatican.

Conditions de mise en œuvre des prestations d'assistance

Conditions applicables à tous les services d'assistance

Mondial Assistance France ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Vous ou vos proches devez, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance France ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour vous venir en aide.

Par le seul fait que vous réclamiez le bénéfice d'une assistance, vous vous engagez à fournir à Mondial Assistance France, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tous actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

Mondial Assistance France ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient de votre non respect des dispositions qui précèdent et serait en droit de vous réclamer le remboursement des frais exposés.

Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Les informations fournies par Mondial Assistance France sont des renseignements à caractère documentaire. Mondial Assistance France s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours. La responsabilité de Mondial Assistance France ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements que vous aurez demandés.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance France s'engage alors à répondre dans un délai de 48 heures.

Conditions applicables aux services d'assistance à la personne au domicile et aux prestations santé en cas d'accident ou de maladie

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

Mondial Assistance France se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations d'assistance, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générateur (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, bulletin de situation en cas d'hospitalisation à domicile...).

Ce justificatif sera adressé au médecin Mondial Assistance France qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi ledit justificatif.

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

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

Les garanties couvrent les accidents et maladies survenus pendant la durée du contrat. Elles ne couvrent pas les conséquences des maladies et accidents survenus avant la date d'effet du contrat.

Exclusions générales

Sont exclus :

- 1 les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, de l'absorption d'alcool,
- 2 les conséquences de tentative de suicide,
- 3 les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf le cas de légitime défense,
- 4 les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires sont exclus, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche,
- 5 les demandes non justifiées,
- 6 les frais non justifiés par des documents originaux,
- 7 les frais de cure thermale,
- 8 les interventions à caractère esthétique,
- 9 les frais de séjour dans une maison de repos,
- 10 les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant.

Exclusions spécifiques aux garanties 9.1 « Assistance aux personnes » et 9.2 « Rapatriement et frais médicaux à l'étranger »

Sont exclus :

- 1 les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées,
- 2 les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
- 3 les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,

Exclusions spécifiques à la garantie 9.2 « Rapatriement et frais médicaux à l'étranger »

Sont exclus :

- 1 les rapatriements ou transports sanitaires par avion sanitaire spécial, depuis les pays du groupe C vers la France métropolitaine et Principauté de Monaco.
- 2 les frais de secours d'urgence, les frais de recherche, les frais de transports primaires, à l'exception des frais d'évacuation sur piste de ski à concurrence de 228,67 € TTC.

Pour la garantie des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation à l'étranger, sont exclus :

- 3 les frais consécutifs à un accident ou une maladie constatée médicalement avant la prise d'effet de la garantie,
- 4 les frais occasionnés par le traitement d'un état pathologique, physiologique ou physique constaté médicalement avant la prise d'effet de la garantie à moins d'une complication nette et imprévisible,
- 5 les frais de prothèses internes, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres,
- 6 les frais engagés en France métropolitaine et dans les départements d'Outre mer, qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus en France ou à l'étranger,
- 7 les frais de cure thermale et de séjour en maison de repos, les frais de rééducation.

Il n'est pas effectué de remboursement inférieur à 15,24 € TTC.

Les frais dentaires sont pris en charge à concurrence de 45,73 € TTC.

10 Votre garantie assistance 24 h/24 avec votre contrat Latitude Senior - Protocole 920.136

Les services d'information et d'assistance sont organisés et mis en œuvre par :
Mondial Assistance France - 54, rue de Londres - 75008 Paris (entreprise régie par le Code des Assurances).

Pour bénéficier des prestations énoncées ci-après, il est impératif d'appeler préalablement Mondial Assistance France.

Tous les frais engagés sans l'accord préalable de Mondial Assistance France ne pourront être pris en charge.

Définitions générales

Les bénéficiaires

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance qui vous sont accordés en tant que titulaire d'un contrat Latitude Senior de la gamme Santé comprenant des garanties soins ainsi qu'aux bénéficiaires ci-après :

- votre conjoint ou concubin assuré,
- vos petits-enfants à charge.

Validité dans le temps

Les garanties d'assistance couvrent les accidents et les maladies survenues pendant la durée de validité de la garantie Latitude Senior de la gamme Santé, à laquelle elles se rattachent et dont elles suivent le sort (suspension, résiliation...).

Validité territoriale

Assistance aux personnes : France Métropolitaine et Principauté de Monaco.
Rapatriement : Monde entier.

Définitions

Ascendant à charge : tout ascendant (parents, beaux-parents et grands-parents) vivant sous votre toit et fiscalement à votre charge est considéré comme ascendant à charge.

Domicile : lieu de résidence principale en France métropolitaine et Principauté de Monaco.

Maladie : on appelle maladie, une altération de l'état de santé médicalement constatée.

Maladie chronique : se dit d'une maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine).

Accident : toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

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

Immobilisation imprévue : Toute incapacité physique à se déplacer survenant inopinément et consécutive à un accident ou à une maladie, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin. Mondial Assistance France se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au domicile avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Risque couvert : vie pratique, vie professionnelle.

Comment contacter Mondial Assistance France ?

Toute demande d'assistance doit, sous peine d'irrecevabilité, être formulée directement par vous (ou toute personne agissant en votre nom) par tous les moyens précisés ci-après :

- soit par téléphone de France : 0969 391 929 (appel non surtaxé)
de l'étranger (PCV accepté) : (00) 33.1.40.25.58.61
- soit par télégramme : MONDIALAS PARIS
- soit par fax de France : 01.40.25.52.62
de l'étranger (PCV accepté) : (00).33.1.40.25.52.62

Dans tous les cas, indiquez :

- **votre numéro de contrat et le numéro de protocole 920.136**, votre nom et le moyen de vous joindre rapidement (adresse, numéro de téléphone),
- à défaut, votre date de naissance et la date d'effet de votre contrat,
- le numéro de dossier Mondial Assistance France qui vous aura été communiqué lors de votre 1^{er} appel.

10.1 Les services en cas de maladie et d'accident

10.1.1 Recherche de médicaments

En cas d'accident ou de maladie, si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat urgent de médicaments indispensables, vous n'êtes pas en mesure de vous déplacer, Mondial Assistance France fait le nécessaire pour rechercher, acheter et vous apporter ces médicaments.

- Mondial Assistance France fait l'avance du coût de ces médicaments. Vous devez les rembourser au moment même où ceux-ci vous seront apportés.
- Mondial Assistance France prend en charge le coût de la course.

10.1.2 Déplacements pour examens et analyses

Si suite à un accident, à une hospitalisation ou à une maladie, vous devez vous rendre dans un centre d'examen ou dans un laboratoire d'analyses situé dans un rayon de 50 km maximum de votre domicile, Mondial Assistance France organise et prend en charge à concurrence de 150 euros TTC annuel votre transport par taxi.

La prise en charge financière de votre transport se fera :

- sur présentation d'un certificat médical attestant que votre état le nécessite,
- en complément des remboursements éventuels obtenus auprès de la Sécurité sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel vous pourriez être affilié.

Vous vous engagez par conséquent, à effectuer toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès de ces organismes et à verser à Mondial Assistance France toutes sommes perçues à ce titre, lorsque l'avance de frais aura été faite par Mondial Assistance France.

10.1.3 Recherche d'un médecin ou envoi d'un service d'urgence

- En l'absence de votre médecin traitant, Mondial Assistance France vous aide à trouver un médecin à l'endroit où vous vous trouvez : médecin de garde ou organisme d'urgence.
- La responsabilité de Mondial Assistance France ne peut être en aucun cas recherchée si aucun médecin n'est disponible, ou si l'éloignement du médecin susceptible de se déplacer est trop important.

10.1.4 Transfert à l'hôpital

- Suite à un accident survenu à votre domicile (les maladies sont exclues) et après intervention des premiers secours et/ou de votre médecin traitant si vous ne pouvez être soigné sur place et devez être hospitalisé : Mondial Assistance France organise et prend en charge votre transport par ambulance, de votre domicile à l'hôpital le plus proche.

Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul la nécessité d'une éventuelle médicalisation de votre transport par le SAMU.

- A l'issue de votre hospitalisation, Mondial Assistance France organise et prend en charge votre transport si vous n'êtes pas en état de vous déplacer, dans des conditions normales, de l'hôpital à votre lieu d'hébergement où s'est produit l'événement.

Dans ces deux cas, la prise en charge financière de votre transport se fera en complément des remboursements éventuels obtenus auprès de la Sécurité sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel vous pourriez être affilié.

Vous vous engagez, en conséquence, à effectuer toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès de ces organismes et à verser à Mondial Assistance France toutes sommes perçues à ce titre, lorsque l'avance de frais aura été faite par Mondial Assistance France.

10.2 Les services Chirurgie Ambulatoire

La chirurgie ambulatoire se pratique obligatoirement en milieu hospitalier. Le patient y entre le matin et en sort dans la journée.

10.2.1 Prise en charge des frais de taxi

En raison des procédures d'anesthésie spécifiques utilisées dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, le patient opéré n'a pas le droit de conduire le soir pour retourner à son domicile.

Dans ce cas, Mondial Assistance France organise et prend en charge votre transport par taxi ou par ambulance de votre domicile vers l'hôpital et de l'hôpital vers votre domicile, dans un rayon de 50 km maximum.

Les frais de taxi sont pris en charge avec un maximum de 100 euros TTC par intervention réalisée en chirurgie ambulatoire.

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel vous serez affilié. En conséquence, vous vous engagez à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de vos frais auprès de ces organismes et à verser à Mondial Assistance France toutes sommes perçues par vous à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par Mondial Assistance France.

10.2.2 Appel du lendemain

Sur simple demande de votre part, une infirmière de Mondial Assistance France vous appelle le lendemain de l'acte opératoire pour s'assurer que vous n'avez pas de problèmes particuliers consécutifs à l'intervention ou de difficultés dans la gestion du traitement prescrit.

En cas de difficultés repérées, l'infirmière s'assure que vous trouvez une réponse adéquate, soit de l'établissement ayant réalisé l'acte, soit d'un professionnel de santé.

10.3 Les services en cas d'hospitalisation

10.3.1 Transmission d'informations urgentes à la famille

En cas d'hospitalisation, Mondial Assistance France se chargera, à votre demande, d'informer les personnes (que vous aurez préalablement désignées) quant à votre hospitalisation et au lieu où ces personnes seront susceptibles de prendre de vos nouvelles.

10.3.2 Garde des petits-enfants

En cas d'hospitalisation imprévue, Mondial Assistance France :

- soit recherche une personne pour garder vos petits-enfants à charge de moins de 15 ans, dans la limite des disponibilités locales, et prend en charge les frais ainsi occasionnés pour un maximum de 48 h,
- soit met à la disposition d'une personne que vous aurez désignée, un billet aller/retour en train 1^{ère} classe ou en avion classe touriste afin qu'elle puisse se rendre à votre domicile pour effectuer la garde de vos petits-enfants de moins de 15 ans,
- soit organise et prend en charge le transfert aller/retour des petits-enfants de moins de 15 ans, par train 1^{ère} classe ou avion classe touriste, chez un parent résidant en France métropolitaine.

10.3.3 Garde des animaux de compagnie (chiens - chats)

En cas d'hospitalisation imprévue, Mondial Assistance France organise et prend en charge la garde de vos animaux de compagnie (chiens - chats) :

- soit à l'extérieur si aucun de vos proches ne peut s'en occuper. Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge avec un maximum de 300 euros T.T.C.
- soit chez un proche désigné par vous, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

10.3.4 Prise en charge des ascendants dépendants

En cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 24 h, Mondial Assistance France organise et prend en charge la garde de vos ascendants dépendants dans la limite des disponibilités locales :

- soit le transfert aller et retour de vos ascendants à charge, par train 1^{ère} classe ou avion classe touriste, chez une personne que vous aurez désignée, résidant en France métropolitaine et Monaco (l'accompagnement des ascendants est effectué par les correspondants de Mondial Assistance France ou par un de vos proches que vous aurez désigné),
- soit la mise à disposition pour une personne que vous aurez désignée et résidant en France métropolitaine d'un billet aller/retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste, afin qu'elle vienne à votre domicile pour effectuer la garde des ascendants,
- soit leur garde par une personne qualifiée pendant 5 jours ouvrés consécutifs et à concurrence de 8 heures par jour.

10.3.5 Aide ménagère

A la suite ou pendant une hospitalisation de plus de 48 h, Mondial Assistance France recherche et missionne, dans la limite des disponibilités locales, une personne qualifiée afin d'effectuer l'aide ménagère nécessaire, pendant 15 h réparties sur 2 semaines.

L'aide ménagère aura notamment en charge la préparation de vos repas et l'entretien de votre linge. Le coût de ce service est à la charge de Mondial Assistance France.

Vous pourrez demander la prolongation du service, le coût étant alors à votre charge.

10.3.6 Présence au chevet d'un membre de la famille

- En cas d'hospitalisation de plus de 48 h, Mondial Assistance France met à la disposition d'un membre de votre famille, ou d'une personne que vous aurez désignée, un billet aller/retour en train 1^{ère} classe ou en avion classe touriste afin qu'il, ou elle, se rende à votre chevet.
- Mondial Assistance France organise le séjour à l'hôtel de la personne désignée et prend en charge ses frais réellement exposés jusqu'à un maximum de 50 euros TTC par nuit (maximum 2 nuits).

10.3.7 Garde-malade

Suite à votre hospitalisation de plus de 48h, en cas de maladie ou d'accident, Mondial Assistance France recherche et missionne, à votre demande, une garde-malade pendant 24 h en continu ou fractionnées avec un minimum de 4h consécutives, et ce sur présentation d'un certificat médical attestant que votre état nécessite l'assistance temporaire d'une garde-malade, dans les premiers jours suivant l'événement. Mondial Assistance France prend en charge les frais ainsi occasionnés.

10.3.8 Téléassistance

En cas d'isolement pendant votre convalescence après une hospitalisation de plus de 15 jours, Mondial Assistance France met à votre disposition un dispositif de Téléassistance pendant une durée de 3 mois.

Le dispositif est composé d'un appareil de télécommunication spécial et d'un service d'écoute. Il vous permet de lancer une alerte de n'importe quel endroit de votre habitation, 24 heures sur 24, en actionnant simplement une télécommande.

Un opérateur du service d'écoute entre en liaison vocale avec vous sans que vous ayez à décrocher votre téléphone grâce au transmetteur (qui compose automatiquement le numéro de centre de surveillance et joue le rôle d'interphone).

L'opérateur du centre de surveillance dialogue avec vous pour analyser la situation, vous rassurer et vous venir en aide en cas de problème. Il peut alors contacter vos proches, votre médecin, les pompiers, la police, un réparateur, etc.

Si vous ne pouvez pas répondre, l'opérateur déclenche immédiatement l'intervention la plus rapide, c'est-à-dire conjointement vos proches, amis ou voisins et les secours d'urgence si nécessaire.

Au-delà de cette période, Mondial Assistance France pourra, à votre demande, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

10.3.9 Aide aux aidants

Est considéré comme "aidant" une personne qui vous assisterait de façon permanente.

En cas de maladie, d'accident, entraînant une hospitalisation de l'aidant : Mondial Assistance France organise et prend en charge l'envoi à votre domicile d'une garde-malade, d'une aide ménagère ou d'une travailleuse familiale pendant 24 h en continu ou fractionnées avec un minimum de 4 h consécutives et ce sur présentation d'un certificat médical attestant que votre état nécessite une assistance temporaire dans les premiers jours suivant l'événement.

10.4 Les services Chimiothérapie et Radiothérapie

10.4.1 Aide ménagère à domicile

En cas de chimiothérapie et radiothérapie ambulatoire, Mondial Assistance France recherche, missionne et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère après chaque séance de chimiothérapie à concurrence de 15 heures maximum.

L'intervention de la prestation « aide ménagère » doit obligatoirement être organisée dans les 48 h qui suivent une de vos séances de chimiothérapie ou de radiothérapie.

Chaque intervention d'une aide ménagère est de 3 h minimum (hors temps de déplacement de l'aide ménagère jusqu'à votre domicile).

La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, ...) à votre domicile. Cette garantie fonctionne du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8 h 00 à 19 h 00.

10.4.2 Ecoute active

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance France vous offre une écoute active à vous ou à votre entourage, du lundi au samedi de 7 h 00 à 21 h 00.

Cette prestation est assurée en toute confidentialité, par des professionnels de l'accueil téléphonique, animés par un esprit de disponibilité, d'écoute et de réconfort.

La mission des opérateurs consiste essentiellement en une disponibilité permanente d'écoute. Les opérateurs ne sont pas habilités à répondre à une demande relevant des domaines de la psychologie, de la psychanalyse, de la psychiatrie et plus généralement du domaine médical. En conséquence, la responsabilité de Mondial Assistance France ne pourra en aucun cas être recherchée pour des actes, quels qu'en soient leurs natures, commis par vous ou vos proches pendant ou après une conversation.

10.4.3 Accompagnement psychologique

Lorsque vous ou un de vos proches avez subi un traumatisme psychologique fort ou êtes psychologiquement affaibli, suite à l'annonce d'un cancer ou suite à l'initiation d'un traitement pour cancer, Mondial Assistance France organise et prend en charge l'intervention d'un psychologue.

Vous ou votre entourage communiquez à Mondial Assistance France les coordonnées du médecin traitant ou urgentiste intervenu auprès de vous. Avec votre accord ou celui d'un de vos proches désigné, le médecin de Mondial Assistance France entre alors en contact téléphonique avec ce médecin afin d'évaluer avec lui l'ampleur du traumatisme psychologique.

Si la situation est justifiable d'une intervention psychologique d'accompagnement, Mondial Assistance France organise la prestation "accompagnement psychologique". Un rendez-vous est alors fixé entre vous et/ou votre proche et un psychologue proche de votre domicile. Lors de cette première consultation en cabinet, le psychologue détermine avec vous ou votre proche les objectifs et la durée de l'intervention.

En dehors de cette indication, le médecin traitant conviendra avec son patient du mode d'intervention adapté.

Mondial Assistance France prend en charge le coût des consultations en cabinet à hauteur de 12 heures maximum.

10.4.4 Prise en charge des frais de taxi

Dans le cas où votre état de santé (si vous êtes atteint d'un cancer) nécessite une hospitalisation supérieure à 2 jours et sur prescription médicale, Mondial Assistance France organise et prend en charge votre transport par taxi ou par ambulance de votre domicile vers l'hôpital dans un rayon de 50 km maximum.

Les frais de taxi sont pris en charge avec un maximum de 250 euros TTC par séjour et 500 euros TTC sur 12 mois consécutifs.

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel vous serez affilié. En conséquence, vous vous engagez à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de vos frais auprès de ces organismes et à verser à Mondial Assistance France toutes sommes perçues par vous à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par Mondial Assistance France.

10.5 Les services d'assistance au quotidien

10.5.1 Aide pratique

A votre demande et sur simple appel de votre part du lundi au vendredi de 9 h à 18 h, Mondial Assistance France écoute votre demande, vous renseigne ou vous met en relation avec le service souhaité, en fonction de vos besoins.

Les prestations qui peuvent vous être proposées sont :

- réparateurs en serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie,
 - téléassistance,
 - aide ménagère,
 - soins infirmiers,
 - gardes à domicile et auxiliaires de vie,
 - portage de repas,
 - matériel médical,
 - amélioration de l'habitat,
 - service linge (blanchisserie, pressing),
 - service ponctuel (dossiers administratifs, visites à domicile, promenades accompagnées, ambulances, V.S.L., petit bricolage...),
 - écoute téléphonique,
 - service de confort (esthétique, coiffeur, chauffeur, pédicure, gardes d'animaux),
 - animations culturelles (voyages accompagnés, cinéma, débats, lecture...),
- Ces différents services vous sont facturés directement par le prestataire concerné.

10.5.2 Services téléphoniques d'informations Santé

A votre demande et sur simple appel de votre part, Mondial Assistance France recherche et vous communique le ou les renseignements "santé" que vous désirez de 8 h à 24 h, 7 jours sur 7.

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

Ces renseignements concernent les domaines suivants :

Conseils spécialisés

L'un des médecins de Mondial Assistance France :

- répond aux questions d'ordre médical ou diététique (conseils médicaux),
- peut indiquer les adresses des centres de cure spécialisés en France,
- recherche et indique les adresses des établissements médicaux spécialisés susceptibles de vous recevoir si vous souffrez d'un handicap.

Toutefois, Mondial Assistance France ne peut garantir que le centre ou l'établissement indiqué pourra vous accueillir.

Dans tous les cas, il vous appartiendra de voir avec votre médecin traitant les formalités d'admission et de prise en charge.

Les médecins ne réalisent en aucun cas un diagnostic ou une consultation par téléphone. Mondial Assistance France ne se substitue pas non plus aux secours locaux d'urgence.

Problèmes de dépendance

- adresses utiles,
- aménagement de l'habitat,
- le maintien à domicile,
- les loisirs des dépendants,
- les handicaps.

10.6 Rapatriement

Territorialité : Monde entier.

10.6.1 Rapatriement ou transport sanitaire suite à accident et maladie

Si votre état le permet et le justifie, Mondial Assistance France organise et prend en charge votre rapatriement de l'étranger ou votre transport à domicile.

Selon la gravité de votre cas, le rapatriement est effectué sous surveillance médicale si nécessaire, par le plus approprié des moyens suivants :

- avion sanitaire spécial,
- avion des lignes régulières, train, wagon-lit, bateau, ambulance, jusqu'au service hospitalier le mieux adapté, proche du domicile en France Métropolitaine.

Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile. Si l'hospitalisation n'a pu se faire dans un établissement proche du domicile, Mondial Assistance France organise et prend en charge, lorsque votre état de santé le permet, le transport de cet hôpital à votre domicile. Pour les pays autres qu'européens et riverains de la Méditerranée (y compris les Canaries), le rapatriement sanitaire ne peut être effectué que par avion des lignes régulières, avec aménagement spécial s'il y a lieu.

Mondial Assistance France ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessure légère ne nécessitant ni un rapatriement ni un transport médicalisé.

10.6.2 **Rapatriement ou transport de corps suite à décès**

- Mondial Assistance France organise et prend en charge le transport du corps du bénéficiaire depuis le lieu de mise en bière, en France ou à l'étranger, jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.
- Mondial Assistance France prend en charge les frais annexes nécessaires au transport du corps, dont le coût d'un cercueil du modèle le plus simple permettant le transport. Les frais de cérémonie, d'accessoires, d'inhumation ou de crémation en France métropolitaine sont à la charge de la famille.
- Mondial Assistance France organise et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation des autres membres de la famille de l'assuré se trouvant sur place ou à défaut d'une personne également assurée, s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.
- Dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place, Mondial Assistance France organise et prend en charge le transport aller et retour d'un membre de la famille (conjoint ou concubin, ascendant ou descendant, frère ou sœur) si l'un d'eux n'est pas déjà sur les lieux, en mettant à sa disposition un billet de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste, pour se rendre de son domicile en France métropolitaine jusqu'au lieu d'inhumation. Mondial Assistance France organise alors le séjour à l'hôtel du membre de la famille qui doit se déplacer et prend en charge ses frais exposés, jusqu'à un maximum de 30 euros T.T.C. par nuit.

Cette prise en charge ne peut, en aucun cas, dépasser 215 euros T.T.C.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical

La décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de Mondial Assistance France, après contact avec le médecin traitant sur place et si nécessaire avec le médecin traitant habituel.

Seuls l'intérêt médical du bénéficiaire 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 éventuelle.

En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie,...

Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne. Mondial Assistance France ne saurait être tenue pour responsable d'un retard ou d'un empêchement dans l'exécution de prestations « rapatriement ou transport » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.

Si le bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le médecin de Mondial Assistance France, il décharge expressément Mondial Assistance France de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perd droit à toute prestation et indemnisation de la part de Mondial Assistance France.

Engagements financiers de Mondial Assistance

- L'organisation par vous ou par votre entourage de l'une des assistances énoncées ci-avant ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance France a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès.
- Les frais exposés seront alors remboursés sur justificatifs, dans la limite de ceux que Mondial Assistance France aurait engagés pour organiser le service. Lorsque Mondial Assistance France doit organiser votre retour prématuré en France métropolitaine, ou Principauté de Monaco, il peut vous être demandé d'utiliser votre titre de transport.
- Lorsque Mondial Assistance France a assuré à ses frais votre retour, il vous est demandé d'effectuer les démarches nécessaires au remboursement de vos titres de transport non utilisés et de reverser le montant perçu à Mondial Assistance France sous un délai maximum de trois mois suivant la date du retour.
- Seuls les frais complémentaires à ceux que vous auriez dû normalement engager pour votre retour au domicile en France métropolitaine, ou Principauté de Monaco, sont pris en charge par Mondial Assistance France.
- Lorsque Mondial Assistance France a accepté le changement d'une destination fixée contractuellement, sa participation financière ne pourra être supérieure au montant qui aurait été engagé si la destination initiale avait été conservée.
- En cas de prise en charge de séjour à l'hôtel, Mondial Assistance France ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-avant, et à l'exclusion de tous autres frais.

Sauf décision contraire du médecin de Mondial Assistance France, les rapatriements ou transports sanitaires vers la France métropolitaine, Monaco et Andorre depuis les pays listés ci-dessous s'effectuent par avion de ligne régulière : Monde entier sauf la France métropolitaine (y compris Corse), Andorre, Monaco, Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark (hors Groenland), Espagne Continentale, Baléares, Royaume-Uni, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal Continental, République San Marin, Suisse, Albanie, Biélorussie, Bulgarie, Bosnie Herzégovine, Canaries, Chypre, Croatie, Finlande, Georgie, Grèce, Hongrie, Islande, Israël, Macédoine, Madère, Malte, Maroc, Moldavie, Norvège, Pays Baltes, Pologne, Serbie - Monténégro, Slovaquie, Tchéquie, Roumanie, Russie (partie européenne), Slovénie, Suède, Tunisie, Turquie, Ukraine, Vatican.

Conditions de mise en œuvre des prestations d'assistance

Conditions applicables à tous les services d'assistance

Mondial Assistance France ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Vous ou vos proches devez, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance France ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles, ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour vous venir en aide.

Par le seul fait que vous réclamez le bénéfice d'une assistance, vous vous engagez à fournir à Mondial Assistance France, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tous actes, pièces factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

Mondial Assistance France ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient de votre non respect des dispositions qui précèdent et serait en droit de vous réclamer le remboursement des frais exposés.

Conditions applicables aux services d'assistance à la personne au domicile et aux prestations santé en cas d'accident ou de maladie

Les garanties énoncées dans la présente convention ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. Mondial Assistance France se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations d'assistance, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générateur (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, bulletin de situation en cas d'hospitalisation à domicile...).

Ce justificatif sera adressé au médecin Mondial Assistance France qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi ledit justificatif.

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

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

Les garanties couvrent les accidents et maladies survenus pendant la durée du contrat. Elles ne couvrent pas les conséquences des maladies et accidents survenus avant la date d'effet du contrat.

Conditions applicables à la mise en place du dispositif Télassistance

Lors de votre demande, vous devrez fournir à Mondial Assistance France un certain nombre de données confidentielles vous concernant pour la mise en place du service :

- coordonnées et moyens d'accès à votre domicile,
- coordonnées d'au moins un dépositaire de clés proche de votre domicile,
- informations concernant votre entourage,
- informations concernant votre état de santé,
- coordonnées de votre médecin traitant,
- services d'urgence locaux,
- information sur la présence éventuelle d'une autre personne au domicile,
- information sur la présence éventuelle d'animaux domestiques.

Conditions applicables aux services de renseignements téléphoniques

En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Les informations fournies par Mondial Assistance France sont des renseignements à caractère documentaire. Mondial Assistance France s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours. La responsabilité de Mondial Assistance France ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements que vous aurez demandés.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance France s'engage alors à répondre dans un délai de 48 heures.

Exclusions générales

Sont exclus :

- 1** les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, de l'absorption d'alcool,
- 2** les conséquences de tentative de suicide,
- 3** les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf le cas de légitime défense,
- 4** les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires sont exclus, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous

- frais de recherche,
- 5 les demandes non justifiées,
 - 6 les frais non justifiés par des documents originaux,
 - 7 les frais de cure thermale,
 - 8 les interventions à caractère esthétique,
 - 9 les frais de séjour dans une maison de repos,
 - 10 les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant.
-

Exclusions spécifiques aux garanties 10.1 « Les services en cas de maladie et d'accident », 10.3 « Les services en cas d'hospitalisation » et 10.6 « Rapatriement »

Sont exclus :

- 1 les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées,
 - 2 les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
 - 3 les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
-

Exclusions spécifiques à la garantie 10.6 « Rapatriement »

Sont exclus :

- 1 les rapatriements ou transports sanitaires par avion sanitaire spécial, depuis les pays du groupe C vers la France métropolitaine et Principauté de Monaco.
- 2 les frais de secours d'urgence, les frais de recherche, les frais de transports primaires, à l'exception des frais d'évacuation sur piste de ski à concurrence de 230 euros TTC.

Pour la garantie des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation à l'étranger, sont exclus :

- 3 les frais consécutifs à un accident ou une maladie constatée médicalement avant la prise d'effet de la garantie,
- 4 les frais occasionnés par le traitement d'un état pathologique, physiologique ou physique constaté médicalement avant la prise d'effet de la garantie à moins d'une complication nette et imprévisible,
- 5 les frais de prothèses internes, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres,
- 6 les frais engagés en France métropolitaine et dans les départements d'Outre mer, qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus en France ou à l'étranger,
- 7 les frais de cure thermale et de séjour en maison de repos, les frais de rééducation.

Il n'est pas effectué de remboursement inférieur à 15 euros TTC.

Les frais dentaires sont pris en charge à concurrence de 45 euros TTC.

11 Votre garantie assistance 24 h/24 avec votre contrat Indemnités Journalières "Plus" et Acti-Relais "Plus" - Protocole 621.482

Les services d'information et d'assistance sont organisés et mis en œuvre par notre partenaire Mondial Assistance France (« nous » dans le texte qui suit) : 54, rue de Londres - 75008 Paris (entreprise régie par le Code des Assurances).

Pour bénéficier des prestations énoncées ci-après, il est impératif d'appeler préalablement Mondial Assistance France.

Tous les frais engagés sans l'accord préalable de Mondial Assistance France ne pourront être pris en charge.

Les prestations d'assistance (Accompagnement psychologique, Aide au retour à l'emploi, Aide au retour à la vie professionnelle des personnes handicapées) sont acquises aux bénéficiaires en cas d'arrêt de travail total, pour accident ou maladie, d'une durée supérieure ou égale à 6 mois consécutifs indemnisés (soit 180 jours).

Les bénéficiaires

Les prestations d'assistance sont acquises aux bénéficiaires (« vous » dans le texte qui suit) c'est-à-dire à toutes les personnes qui ont la qualité d'assuré au titre de ce contrat et qui sont en arrêt de travail indemnisé pour accident ou maladie, dont la durée d'indemnisation est supérieure ou égale à 6 mois consécutifs.

Validité dans le temps

Ces prestations sont accessibles pendant toute la validité du contrat c'est-à-dire entre le jour de sa prise d'effet et sa résiliation.

Validité territoriale

France métropolitaine, Andorre et Principauté de Monaco.

Comment contacter Mondial Assistance France ?

Vous, ou toute personne agissant en votre nom, devez contacter Mondial Assistance France par tous les moyens précisés ci-après :

- soit par téléphone de France : 0969 391 929 (appel non surtaxé)
de l'étranger (PCV accepté) : (00) 33.1.40.25.58.61
- soit par télégramme : MONDIALAS PARIS
- soit par fax de France : 01.40.25.52.62
de l'étranger (PCV accepté) : (00).33.1.40.25.52.62

en indiquant le nom et le numéro de protocole n° 621.482

Dans tous les cas, indiquez :

- votre nom et le moyen de vous joindre rapidement (adresse, numéro de téléphone),
- votre numéro de contrat et ses dates de validité,
- le nom et le numéro de votre protocole d'assistance ainsi que le nom de la prestation souhaitée,
- le numéro de dossier de Mondial Assistance France qui vous aura été communiqué lors de votre 1^{er} appel.

11.1 Accompagnement psychologique

Si vous avez subi un traumatisme psychologique des suites de votre accident ou de votre maladie, nous organisons et prenons en charge l'intervention d'un psychologue.

Pour cela, vous (ou votre entourage) nous communiquez les coordonnées du médecin traitant ou urgentiste intervenu. Avec votre accord, notre médecin entre en contact téléphonique avec ce praticien afin d'évaluer avec lui l'ampleur du traumatisme psychologique.

Si la situation le justifie, nous organisons l'accompagnement psychologique. Un rendez-vous est alors fixé entre vous et un psychologue proche de votre domicile. Lors de cette première consultation en cabinet, le psychologue détermine avec vous les objectifs et la durée de l'intervention.

En dehors de cette indication, le médecin traitant conviendra avec vous du mode d'intervention adapté.

Le coût des consultations du psychologue est pris en charge par nos soins à hauteur de 12 heures maximum par personne.

Conditions d'application

En aucun cas, nous n'interviendrons dans les situations suivantes : en cas de maladies chroniques psychiques, de maladies psychologiques antérieurement constituées ou en cours de traitement.

11.2 Aide au retour à l'emploi

Vous avez perdu votre emploi des suites de votre maladie ou de votre accident et désirez retrouver une activité professionnelle salariée.

Dès que votre médecin vous juge médicalement apte à reprendre une activité professionnelle, ce point étant vérifié par notre médecin, nous vous proposons de vous accompagner dans la recherche d'un nouvel emploi.

11.2.1 Services personnalisés

11.2.1.1 Validation de votre demande et diagnostic bilan

Lors de votre appel, notre Conseiller Emploi détermine votre demande, valide votre motivation à suivre la prestation, puis vous propose l'envoi d'un questionnaire d'auto-évaluation.

Après une étude approfondie de votre dossier, comprenant une analyse graphologique, notre Conseiller Emploi établit un **diagnostic bilan de votre parcours** qui vous est commenté par téléphone et communiqué par écrit.

Notre Conseiller Emploi propose les premières actions de recherche à mettre en œuvre. Il ébauche ou valide le **projet professionnel** puis vous expose le déroulement des rendez-vous avec le conseiller régional.

11.2.1.2 **Projet professionnel - Formation aux outils et techniques de recherche d'emploi (TRE) assurée par le conseiller régional**

Pour compléter votre dossier, nous vous orientons vers le professionnel de notre réseau - appelé « Conseiller Régional » - le plus proche de votre domicile. Le Conseiller Régional vous accueille alors dans ses locaux et dispense une formation portant sur les thèmes suivants :

- Validation du projet professionnel et passation optionnelle de tests psychotechniques.
- Acquisition des techniques de recherche d'emploi (remise en forme du curriculum vitae, rédaction de lettres de candidature, réactivation des réseaux relationnels, utilisation du téléphone, préparation aux entretiens de recrutement).

- Développement des capacités de communication pour évoquer votre projet, votre dynamique professionnelle...
- Aide à la mise en place d'une stratégie de recherche d'emploi.

Cette formation se compose d'un stage collectif de 5 jours et de 5 heures d'entretiens individuels répartis sur une durée de 8 semaines. La formation sera dispensée de manière individuelle et conservera le contenu de la prestation si le stage collectif n'est pas possible.

Tout au long de la formation dispensée par le Conseiller Régional, vous restez en contact avec votre Conseiller Emploi attitré pour faire le point sur vos démarches.

11.2.1.3 Démarche interactive de recherche d'emploi

a) Suivi de la recherche d'emploi

Notre Conseiller Emploi vous suit, tout au long de votre recherche, au travers d'entretiens réguliers.

De façon interactive, il vous engage à faire le point sur votre recherche :

- Il analyse les comptes rendus des entretiens que vous avez passés pour définir les points à améliorer dans votre comportement ou votre discours.
- Il valide le déroulement de votre plan d'actions.
- Il propose le cas échéant une réorientation de votre stratégie de recherche d'emploi.

b) Aide pratique à la recherche d'emploi

Après avoir déterminé les cibles de recherche dans le cadre du plan d'actions, notre Conseiller Emploi peut vous fournir, une fois, un listing comprenant la raison sociale, l'adresse, le nom des dirigeants, ainsi que des détails sur l'activité des entreprises du secteur, de la région visée.

c) Ecoute et soutien

A tout moment au cours de vos recherches, vous pouvez appeler votre Conseiller Emploi, qui vous écoute et vous soutient dans votre démarche.

11.2.2 Informations générales sur l'emploi

Dans le cadre du suivi personnalisé, vous pouvez contacter notre Conseiller Emploi, du lundi au vendredi de 9 h à 18 h, afin d'obtenir les renseignements suivants :

- Les démarches à effectuer en cas de chômage : inscription aux Assedic, à l'ANPE, à l'APEC.
- Les aides financières possibles (Assedic, aides spécifiques, régionales, aide des mutuelles et/ou caisses de retraite...).
- Le calcul des indemnités chômage, leur durée, les barèmes dégressifs...
- Les adresses utiles (associations, syndicats professionnels...).
- La documentation (bibliographie, journaux et magazines...).
- Le droit du travail.
- Les formations (le choix, les financements, les stages...).
- Les principales filières de recrutement.
- Les statistiques du marché de l'emploi (nombre de demandeurs d'emploi, temps moyen de recherche, les tendances par secteur d'activité...).
- Où trouver les offres d'emploi ?...

Conditions d'application

Pour pouvoir accéder aux services personnalisés, vous devrez :

- si vous êtes salarié, justifier de votre qualité de demandeur d'emploi en présentant votre lettre de licenciement ou votre avis de notification des ASSEDIC ou votre certificat de travail.
- Si vous êtes travailleur de statut indépendant, justifier de votre qualité de demandeur d'emploi en présentant un document officiel certifiant la cessation de votre activité (formulaire à obtenir auprès du Centre de Formalités entreprises ou de l'URSSAF).

La garantie d'assistance Aide au Retour à l'Emploi a une durée maximale d'un an à compter du 1^{er} appel auprès de notre Service Assistance Emploi.

La communication d'informations, éventuellement à caractère juridique ne peut en aucun cas être assimilée à une consultation juridique, et notre responsabilité ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par vous, du ou des renseignements(s) communiqué(s).

11.3 Aide au retour à la vie professionnelle des personnes handicapées

Vous êtes âgé d'au moins 20 ans et, suite à votre accident ou à votre maladie, vous n'êtes plus, de manière définitive, physiquement en mesure de reprendre votre activité professionnelle en totalité ou partiellement.

Dès que votre médecin vous juge médicalement apte à reprendre une activité professionnelle, ce point étant vérifié par notre médecin, nous vous proposons de vous aider à ré-envisager une nouvelle vie professionnelle.

Notre Conseiller Emploi établit avec vous **un bilan de votre situation personnelle et professionnelle** à partir d'une auto-évaluation et d'un entretien téléphonique.

Il vous aide ensuite à identifier **le plan d'actions adapté à votre situation** et vous communique toutes les **informations utiles** dans le cadre de ce plan d'action.

L'action de notre Conseiller Emploi est précédée par un entretien d'orientation avec un psychologue de notre réseau afin de déterminer un éventuel besoin d'accompagnement psychologique avant d'entreprendre la réflexion professionnelle proprement dite. L'intervention du psychologue est soumise à l'avis de notre médecin et est prise en charge dans la limite de 12 heures maximum de consultation en cabinet sur 3 mois.

Avec l'accord du bénéficiaire, le médecin de Mondial Assistance France se mettra en relation avec le médecin traitant pour avoir confirmation que le bénéficiaire est médicalement apte.

L'Aide au Retour à la Vie Professionnelle des personnes handicapées vous est ouverte dans les 24 mois suivant le premier jour d'arrêt de travail et vous pouvez y accéder par un simple appel téléphonique du lundi au vendredi de 09 h 00 à 18 h 00.

Conditions générales de « l'Aide au Retour à la Vie Professionnelle des personnes handicapées »

La prestation "Aide au Retour à la Vie Professionnelle des personnes handicapées" ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par nous auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont vous relevez.

En outre, notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par vous, du ou des renseignements communiqué(s).

Exclusions générales

Nous ne serons pas tenus responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de nos obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Nous nous efforcerons néanmoins de tout mettre en œuvre pour vous venir en aide.

Pour de plus amples renseignements, votre interlocuteur Allianz est à votre disposition.



Allianz IARD

Entreprise régie par le Code des assurances. SA au capital de 938 787 416 euros - 542 110 291 RCS Paris.
Siège social : 87, rue de Richelieu - 75002 Paris

www.allianz.fr

