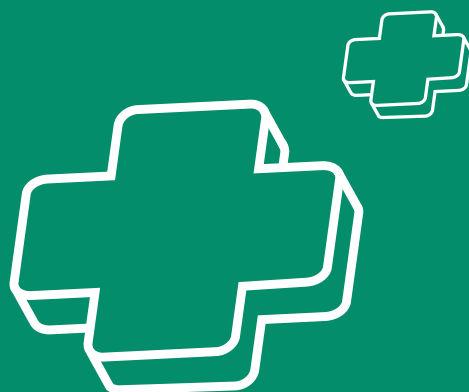


Dispositions générales



> Assurance
Santé

Bienvenue

Vous venez de souscrire un contrat Santé et nous vous en remercions.

Votre contrat est régi par le Code des assurances et par le Code civil pour les dispositions concernant la réserve remboursable (quand vous optez pour la franchise prépayée). Votre contrat a été conçu de façon à prendre en compte au plus juste, vos attentes et besoins.

Votre contrat est régi par la **loi française**.

L'autorité chargée du contrôle de la société d'assurance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
- Secteur Assurance, située au 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

L'assureur est Thélem assurances, société d'assurance mutuelle à cotisations variables.

Société d'assurances mutuelle à cotisations variables, numéro SIRET 085 580 488 00071, immatriculée au RCS d'Orléans 539 477 059, siège social « Le Croc », BP 63130, 45431 Chécy Cedex, Tel. 02 38 78 71 00 – Fax 02 38 78 72 92. Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Les prestations d'assistance, décrites ci-après dans les Dispositions Générales, sont :

- assurées par AWP P&C - Société anonyme au capital de 17 287 885 euros - 519 490 080 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Entreprise régie par le Code des assurances,
- mises en oeuvre par AWP France SAS - Société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros - 490 381 753 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>, désignée sous le nom commercial « Mondial Assistance ».

Votre contrat est composé :

- **Des présentes dispositions générales :**

Les présentes Dispositions Générales définissent les garanties d'assurance et d'assistance ainsi que les dispositions relatives à la vie de votre contrat. Elles décrivent notamment les garanties pouvant être souscrites.

- **De vos Conditions Particulières :**

Signées à la souscription ou en cas d'avenant, les Conditions Particulières précisent les bénéficiaires, la date d'effet de vos garanties, la date d'échéance annuelle, les garanties et leurs montants, les services que vous avez choisis.

Vos déclarations y sont également reproduites et ce document précise votre cotisation et la date de son exigibilité.

Nous mettons à votre disposition de nombreux services (assistance, télé médecine...) que vous pouvez retrouver sur votre **Espace assuré sécurisé**.

Pour en profiter, consultez votre assureur Thélem assurances. Vous serez accueilli, écouté et renseigné par un professionnel.

SOMMAIRE

Lexique	5
1. Les caractéristiques du contrat	6
1.1 OBJET DU CONTRAT	6
1.2 CADRE RÉGLEMENTAIRE	6
1.3 LIEU OÙ S'EXERCE VOS GARANTIES	7
2. Vos garanties	8
2.1 TABLEAUX DES FORMULES NON-RESPONSABLES ET SOLIDAIRES	8
2.2 TABLEAUX DES FORMULES RESPONSABLES ET SOLIDAIRES	10
2.3 POUR BIEN COMPRENDRE VOTRE TABLEAU DE GARANTIES	12
2.4 PRÉCISIONS CONCERNANT VOS GARANTIES	12
2.5 LA FRANCHISE PRÉPAYÉE	14
3. Exclusions générales	16
3.1 LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES APPLICABLES À TOUTES LES FORMULES	16
3.2 LES EXCLUSIONS SUPPLÉMENTAIRES APPLICABLES AUX FORMULES NON-RESPONSABLES ET SOLIDAIRES	16
4. Le règlement de vos prestations	17
4.1 EN COMPLÉMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE	17
4.2 SANS INTERVENTION DU RÉGIME OBLIGATOIRE	17
4.3 TIERS-PAYANT	18
4.4 SUITE À UNE HOSPITALISATION	18
4.5 QUAND VOTRE CONTRAT INTERVIENT EN TANT QUE SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ	18
4.6 AVANCE SUR DEVIS DENTAIRE	19
4.7 NOS ENGAGEMENTS	19
4.8 AUTRES ASSURANCES	19
4.9 PERTES DE VOS DROITS	19
4.10 SUBROGATION	19
5. Vie du contrat	20
5.1 VOS OBLIGATIONS - NOS OBLIGATIONS	20
5.2 FORMATION - EFFET ET DURÉE DU CONTRAT	21
5.3 RÉSILIATION DU CONTRAT	21
6. Informations juridiques	24
6.1 PRESCRIPTION	24
6.2 RÉCLAMATIONS	24
6.3 PROTECTION DE VOS DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	25
6.4 PREUVES	26
6.5 PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TÉLÉPHONIQUE	26
6.6 AUTORITÉ DE CONTRÔLE	26
7. Les modalités de souscription à distance Internet	27
8. Assistance	28

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Barème du régime de la Sécurité sociale (BR)

Base de remboursement des honoraires et des soins dispensés par les professionnels de la santé ayant adhéré aux conventions nationales.

Frais de séjour

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

Hospitalisation

Séjour en clinique ou hôpital prescrit par un médecin et motivé par un *accident*, une *maladie* ou une urgence médicale.

Par extension seront garantis :

- les frais d'*hospitalisation* à domicile selon la réglementation en vigueur,
- les séjours prescrits médicalement en centres de repos ou de convalescence. Dans ce cas, les garanties seront limitées aux frais exposés, pendant les trois premiers mois du séjour.

Maladie

Tout état non consécutif à un *accident* justifiant une intervention médicale.

Nous

Thélem assurances Le Croc
B.P. 63130
45431 Chécy cedex
Tel. : 02 38 78 71 00 – Fax : 02 38 78 72 92
www.thelem-assurances.fr

Panier libre ou modéré

Vous pouvez choisir de ne pas accepter les équipements optiques, les aides auditives, les soins et prothèses dentaires proposés dans le dispositif *100% santé*. Dans ce cas, *vous* optez pour le *panier libre ou modéré*, et *nous vous* remboursons conformément aux montants indiqués dans les tableaux de garanties. Pour les équipements optiques, *vous* pouvez aussi mixer le *100% santé* et le *panier libre* (voir les tableaux de garanties). Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge du *régime obligatoire*.

Prestations

Les indemnités que *nous* versons.

Régime obligatoire (régime social ou R.O.)

Régime légal français de prévoyance sociale auquel *vous* êtes obligatoirement affilié.

Vous

Les personnes bénéficiant des garanties et désignées dans le pavé « Votre situation » de vos Conditions Particulières.

100% santé

Ce dispositif encadré par le décret 2019-21 du 11 janvier 2019, publié le 12 janvier 2019 au Journal Officiel, *vous* donne accès **sans reste à charge à certains équipements optiques, à des aides auditives ainsi qu'à des prothèses dentaires et soins prothétiques**, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Le dispositif s'échelonne dans le temps à partir du 1^{er} janvier 2020. Nos garanties évolueront en même temps que la réglementation *100% santé*.

1. Les caractéristiques du contrat

1.1 Objet du contrat

Votre contrat santé a pour objet de *vous* allouer des *prestations* en cas de *maladie*, *accident* ou maternité.

Nous remboursons les dépenses médicales expressément couvertes par la formule que *vous* avez choisie soit :

- en complément de votre *régime obligatoire*,
- sans aucune intervention préalable de votre *régime obligatoire*.

Le cumul des remboursements de votre *régime obligatoire* et du présent contrat ne peut pas excéder les frais que *vous* avez réellement engagés.

- Seules les dépenses liées à des soins ayant débuté à compter de la date d'effet du contrat et durant la période garantie sont remboursées. Toutefois, *nous* prenons en charge les *hospitalisations* en cours, à compter de la date d'effet du contrat, sous réserve de la justification d'un contrat d'assurance santé, immédiatement antérieur et sans interruption d'assurance.

Par ailleurs, *vous* bénéficiez de *prestations* d'assistance et d'accompagnement détaillées au § 8 « Assistance ».

1.2 Cadre réglementaire

Contrat responsable et solidaire

Vous avez choisi les formules « Intégrale 1 », « Intégrale 2 », « Intégrale 3 », et « Intégrale 4 ».

De ce fait, votre contrat est responsable et solidaire, c'est-à-dire :

- qu'il respecte la réglementation en vigueur du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014, la loi n° 2016-49 du 21 janvier 2016 et l'art. L 871-1 du Code de la Sécurité sociale,
- qu'il respecte la réglementation en vigueur du décret 2019-21 du 11 janvier 2019, ainsi que la circulaire du 29/05/2019 et ses annexes, visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements optiques, aides auditives, ainsi qu'à des prothèses dentaires et soins prothétiques (*100% santé*).

Il *vous* permet de bénéficier des avantages suivants :

- la déductibilité fiscale de votre cotisation si *vous* êtes travailleur non salarié non agricole et que *vous* adhérez à notre dispositif Loi Madelin,
- un taux de taxe réduit.

Nous prenons en charge le ticket modérateur qui *vous* est dû dans le cadre du contrat responsable et solidaire (articles L 871-1, R 871-1, R 871-2 et L 911-7 du Code de la Sécurité sociale et leurs décrets d'application).

Contrat non-responsable et solidaire

Vous avez choisi les formules « Primordiale 1 », « Primordiale 2 », « Primordiale 3 ».

De ce fait, votre contrat est non-responsable et solidaire, c'est-à-dire :

- qu'il ne *vous* permet pas de bénéficier des avantages suivants :
- la déductibilité fiscale de votre cotisation au titre de la loi Madelin si *vous* êtes travailleur non salarié non agricole,
- un taux de taxe réduit,
- un accès sans reste à charge à certains équipements optiques, aides auditives, ainsi qu'à des prothèses dentaires et soins prothétiques (*100% santé*).

Contrat viager

Quelle que soit la formule choisie à la souscription, votre contrat est viager. Par conséquent, *nous nous* interdisons de le résilier sauf en cas :

- de non-paiement des cotisations (L 113-3 du Code des assurances),
- de refus du nouveau montant de cotisation proposé lorsque *vous* changez de domicile ou de *régime obligatoire*,

Contrat labellisé

Si *vous* êtes agent territorial, sachez que notre contrat responsable et solidaire :

- est labellisé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (liste des contrats labellisés consultables sur le site <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/protection-sociale-complementaire>),
- répond aux obligations du décret N° 2011-1474 du 8 Novembre 2011 modifié.

Vous pourrez alors bénéficier, par la collectivité qui *vous* emploie, d'une aide au financement du présent contrat. Pour profiter de ce dispositif, *vous* devrez *nous* fournir le justificatif de votre employeur informant de sa participation financière.

« Toutefois, la cotisation est majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du présent décret, intervient plus de deux ans après la date de publication de celui-ci. Ce coefficient est calculé selon les modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé des collectivités territoriales, du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique. Il tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation mentionnée à l'article 1er. Les périodes antérieures à la date de publication du présent décret ne font pas l'objet de majoration. Si un contrat ou un règlement perd son label ou s'il est mis fin à la convention de participation, les périodes écoulées postérieurement sont prises en compte comme une durée de cotisation jusqu'à l'expiration du délai mentionné au quatrième alinéa de l'article 13 ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article 21. »

Extrait de l'article 28-2 du décret n°2011-1474 du 08/11/2011.

1.3 Territorialité

GARANTIES	TERRITORIALITÉ OÙ S'EXERCE NOTRE GARANTIE
Toutes garanties (sauf Assistance cf. § 8)	Monde entier, dès lors que les frais de soins exposés sont pris en charge par votre <i>régime obligatoire</i> français. Le remboursement est toujours effectué en France et en €.

2. Vos garanties

Pour identifier vos garanties, reportez-vous, selon votre formule, aux tableaux de garanties (voir pages suivantes).

2.1 Formules non-responsables et solidaires

Préalable : Dans tous les cas, le cumul des remboursements du régime obligatoire et de notre remboursement ne peut excéder le montant des frais que vous avez réellement engagés.

Les montants de vos prestations sont exprimés, suivant les garanties, en :

- % du BR : ce % intègre la part du régime obligatoire. Pour chaque acte, nous vous remboursons la différence entre le % du BR mentionné dans le tableau ci-après (et dans vos Conditions Particulières) et le remboursement effectué par votre régime obligatoire (y compris pour les actes hors convention).
- € (euros) : les montants des forfaits figurent ci-après. Sauf précisions indiquées dans le tableau de garanties, les montants des forfaits sont exprimés par assuré et par année d'assurance. Par année d'assurance, il faut comprendre la période se situant entre deux échéances principales consécutives. L'échéance principale, indiquée aux Conditions Particulières, est celle qui marque le début de chaque période d'assurance. **Les montants des forfaits non consommés ne sont pas reportés sur la période suivante.**

HOSPITALISATION ⁽¹⁾

Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
HONORAIRES (Hors OPTAM/OPTAM-CO)		100%	100%	100%
HONORAIRES (OPTAM/OPTAM-CO)		100%	100%	120%
FRAIS DE SÉJOUR (établissement conventionné et non conventionné)		100%	100%	100%
FRAIS DE TRANSPORT		100%	100%	100%
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER ⁽²⁾		20 € / jour Montant ramené à 15 € / jour en cas de traitement psychiatrique	20 € / jour	20 € / jour
CHAMBRE PARTICULIÈRE (inclus internet, TV et téléphone)		En cas de traitement psychiatrique, la chambre particulière est exclue		20 € / jour
LIT D'ACCOMPAGNANT (quel que soit l'âge)		90 € / jour	90 € / jour	90 € / jour

⁽¹⁾ Nous prenons en charge la franchise de 24 € sur les actes techniques de plus de 120 €.

⁽²⁾ Le forfait journalier est remboursé pendant une durée maximum de :

- 30 jours par année d'assurance en cas de traitement psychiatrique,
- 90 jours par année d'assurance lorsque vous êtes accueilli dans un centre de repos ou une maison de convalescence.

SOINS COURANTS

Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
HONORAIRES MÉDICAUX : généralistes (Hors OPTAM/OPTAM-CO)		100% soit 7.50 € par consultation	100% soit 7.50 € par consultation	100% soit 7.50 € par consultation
HONORAIRES MÉDICAUX : généralistes (OPTAM/OPTAM-CO)		100% soit 7.50 € par consultation	100% soit 7.50 € par consultation	100% soit 7.50 € par consultation
HONORAIRES MÉDICAUX : spécialistes (Hors OPTAM/OPTAM-CO) y compris radiologues		100%	100%	100%
HONORAIRES MÉDICAUX : spécialistes (OPTAM/OPTAM-CO) y compris radiologues		100%	100%	100%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (infirmiers, kiné, etc...)		100%	100%	100%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		100%	100%	100%
IMAGERIES MÉDICALES (radiologie, échographie...)		100%	100%	100%
MATÉRIEL MÉDICAL (appareillages / prothèses hors optique, dentaire et aides auditives)		100%	100%	100%
MÉDICAMENTS REMBOURSÉS À 15% ET 30%				100%
TOUS MÉDICAMENTS REMBOURSÉS ET PRESCRITS (autres que ceux remboursés à 15% ou 30%, voir ci-dessus)		100%	100%	100%
MÉDICAMENTS NON REMBOURSÉS (prescrits ou non) y compris pilule de 3 ^{ème} génération, homéopathie, phytothérapie et vaccin antigrippal saisonnier				15 €
FRAIS (sans prescription) : ostéopathie, étioopathie, chiropraxie, orthophonie, pédicure-podologue, diététique, acupuncture, orthoptie et psychologie				
ACTES DE PRÉVENTION (du contrat responsable et solidaire)		100%	100%	100%
SUBSTITUT NICOTINIQUE NON PRESCRIT (versé 1 fois dans toute la vie du contrat)				

Légende des garanties :

▨ : la garantie n'est pas accordée / ▤ : nous remboursons sans intervention préalable de la Sécurité sociale / □ : nous remboursons en complément de la Sécurité sociale



Suite

Formules non-responsables et solidaires

DENTAIRE				
Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
SOINS DENTAIRES		100%	100%	100%
PROTHÈSES REMBOURSÉES			100%	125%
RENFORT INLAY-ONLAY				
ORTHODONTIE ENFANT – DE 16 ANS				100 €
ORTHODONTIE ADULTE				
PROTHÈSES NON REMBOURSÉES				
IMPLANTOLOGIE / PARODONTIE / ENDODONTIE				
PLAFOND DENTAIRE ANNUEL HORS SOINS				300 €

OPTIQUE				
Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
MONTURE			100%	
VERRES CORRECTEURS			100%	
LENTILLES CORRECTRICES				Adulte : 100 € Enfant (- 18 ans) : 50 €
TOUTE CHIRURGIE DE L'ŒIL NON REMBOURSÉE				

- Double équipement : *nous* ne prenons pas en charge le double équipement. Pour plus de précision, *vous* reporter au § 2.4 – Optique.
- Les garanties ne peuvent être activées qu'une fois tous les 2 ans. La période de 2 années est fixe et s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement (ex. date d'acquisition janvier 2020, la période est janvier 2020 à janvier 2022). Toutefois, cette période est réduite à :
 - un an : pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié,
 - 6 mois : pour les enfants de moins de 6 ans dans les conditions prévues par la réglementation.
- Si *vous* ne changez qu'un verre, c'est le forfait global verres qui s'applique (ex : 1 verre simple / Adulte / Primordiale 3 = 100 €).

AIDES AUDITIVES				
Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
PROTHÈSES AUDITIVES			100%	100%

- Les garanties ne peuvent être activées qu'une fois tous les 4 ans. La période de 4 années est fixe et s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement (ex. date d'acquisition janvier 2021, la période est janvier 2021 à janvier 2025).

AUTRES GARANTIES				
Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
CURES THERMALES PRESCRITES				
FÉCONDEMENT IN VITRO – AMNIOCENTÈSE (diagnostic prénatal) – TRAITEMENT POUR LA STÉRILITÉ				
ALLOCATION MATERNITÉ (y compris en cas d'adoption)				100 € / enfant

ASSISTANCE (les prestations sont définies au § 8)				
Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
PRESTATIONS D'ASSISTANCE				Incluses

Vous avez peu de dépenses de santé et vous souhaitez réduire votre budget (voir § 2.5)				
Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
FRANCHISE PRÉPAYÉE		Option	Option	Option

Légende des garanties :

: la garantie n'est pas accordée /
 : nous remboursons sans intervention préalable de la Sécurité sociale /
 : nous remboursons en complément de la Sécurité sociale

2.2 Formules responsables et solidaires

Préalable : Dans tous les cas, le cumul des remboursements du **régime obligatoire** et de notre remboursement ne peut excéder le montant des frais que **vous** avez réellement engagés.

Les montants de vos **prestations** sont exprimés, suivant les garanties, en :

- % du **BR** : ce % intègre la part du **régime obligatoire**. Pour chaque acte, **nous vous** remboursons la différence entre le % du **BR** mentionné dans le tableau ci-après (et dans vos Conditions Particulières) et le remboursement effectué par votre **régime obligatoire** (y compris pour les actes hors convention)
- € (euros) : les montants des forfaits figurent ci-après. Sauf précisions indiquées dans le tableau de garanties, les montants des forfaits sont exprimés par assuré et par année d'assurance. Par année d'assurance, il faut comprendre la période se situant entre deux échéances principales consécutives. L'échéance principale, indiquée aux Conditions Particulières, est celle qui marque le début de chaque période d'assurance. **Les montants des forfaits non consommés ne sont pas reportés sur la période suivante.**

HOSPITALISATION ⁽¹⁾

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4
HONORAIRES (Hors OPTAM/OPTAM-CO)		150%	150%	200%	200%
HONORAIRES (OPTAM/OPTAM-CO)		170%	170%	220%	250%
FRAIS DE SÉJOUR (établissement conventionné et non conventionné)		100%	100%	100%	100%
FRAIS DE TRANSPORT		100%	100%	100%	100%
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour
		Montant ramené à 15 € / jour en cas de traitement psychiatrique			
CHAMBRE PARTICULIÈRE (inclus internet, TV et téléphone)		60 € / jour	90 € / jour	90 € / jour	90 € / jour
		En cas de traitement psychiatrique, la chambre particulière est exclue			
LIT D'ACCOMPAGNANT (quel que soit l'âge)		90 € / jour	90 € / jour	90 € / jour	90 € / jour

⁽¹⁾ **Nous** prenons en charge la franchise de 24 € sur les actes techniques de plus de 120 €.

SOINS COURANTS

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4
HONORAIRES MÉDICAUX : généralistes (Hors OPTAM/OPTAM-CO)		100% soit 7.50 € par consultation	130% soit jusqu'à 15 € par consultation	150% soit jusqu'à 20 € par consultation	180% soit jusqu'à 27.50 € par consultation
HONORAIRES MÉDICAUX : généralistes (OPTAM/OPTAM-CO)		100% soit 7.50 € par consultation	150% soit jusqu'à 20 € par consultation	170% soit jusqu'à 25 € par consultation	200% soit jusqu'à 32.50 € par consultation
HONORAIRES MÉDICAUX : spécialistes (Hors OPTAM/OPTAM-CO) y compris radiologues		100%	130%	200%	200%
HONORAIRES MÉDICAUX : spécialistes (OPTAM/OPTAM-CO) y compris radiologues		100%	150%	220%	220%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (infirmiers, kiné, etc...)		100%	100%	100%	100%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		100%	100%	150%	200%
IMAGERIES MÉDICALES (radiologie, échographie...)		100%	100%	150%	200%
MATÉRIEL MÉDICAL (appareillages / prothèses hors optique, dentaire et aides auditives)		100%	100%	150%	200%
TOUS MÉDICAMENTS REMBOURSÉS ET PRESCRITS		100%	100%	100%	100%
MÉDICAMENTS NON REMBOURSÉS (prescrits ou non) y compris pilule de 3 ^{ème} génération, homéopathie, phytothérapie et vaccin antigrippal saisonnier		20 €	20 €	20 €	30 €
FRAIS (sans prescription) : ostéopathie, étioopathie, chiropraxie, orthophonie, pédicure-podologue, diététique, acupuncture, orthoptie et psychologie			100 €	100 €	150 €
ACTES DE PRÉVENTION (du contrat responsable et solidaire)		100%	100%	100%	100%
SUBSTITUT NICOTINIQUE NON PRESCRIT (versé 1 fois dans toute la vie du contrat)			100 €	100 €	100 €

DENTAIRE

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4
Vous choisissez le 100% santé (à partir de 01/2020)					
SOINS ET PROTHÈSES		Votre reste à charge est de 0 € dans le respect des prix limites de vente			
Vous ne choisissez pas le 100% santé (Panier libre ou modéré)					
SOINS DENTAIRES		100%	100%	100%	100%
PROTHÈSES REMBOURSÉES		145%	190%	240%	350%
RENFORT INLAY-ONLAY			50 €	75 €	120 €
ORTHODONTIE ENFANT – DE 16 ANS		100 €	200 €	300 €	450 €
ORTHODONTIE ADULTE			200 €	300 €	450 €
PROTHÈSES NON REMBOURSÉES			100 €	150 €	300 €
IMPLANTOLOGIE / PARODONTIE / ENDODONTIE			200 €	250 €	500 €
PLAFOND DENTAIRE ANNUEL HORS SOINS		300 €	600 €	900 €	1 200 €

Légende des garanties :

▨ : la garantie n'est pas accordée / ▤ : nous remboursons sans intervention préalable de la Sécurité sociale / □ : nous remboursons en complément de la Sécurité sociale

OPTIQUE

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4				
Vous choisissez le 100% santé (à partir de 01/2020)									
MONTURE EN CAS D'ÉQUIPEMENT MIXTE ⁽²⁾		Votre reste à charge est de 0 € dans le respect des prix limites de vente							
EQUIPEMENT COMPLET (verres toutes corrections + monture) OU VERRES TOUTES CORRECTIONS									
Vous ne choisissez pas le 100% santé (panier libre)									
		Adulte	Enfant - 18 ans	Adulte	Enfant - 18 ans	Adulte	Enfant - 18 ans	Adulte	Enfant - 18 ans
MONTURE ⁽³⁾ (en cas d'équipement mixte ⁽²⁾)		100 €		100 €		100 €		100 €	
EQUIPEMENT COMPLET (verres simples + monture ⁽³⁾) OU VERRES SIMPLES (verres sans monture OU en cas d'équipement mixte ⁽²⁾)		130 €	50 €	200 €	125 €	200 €	125 €	300 €	200 €
EQUIPEMENT COMPLET (verres complexes + monture ⁽³⁾) OU VERRES COMPLEXES (verres sans monture OU en cas d'équipement mixte ⁽²⁾)		200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	300 €	200 €
EQUIPEMENT COMPLET (verres très complexes + monture ⁽³⁾) OU VERRES TRÈS COMPLEXES (verres sans monture OU en cas d'équipement mixte ⁽²⁾)		200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	300 €	200 €
RENFORT VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (1 ou 2 verres)				75 €		75 €		100 €	
TOUTES LENTILLES CORRECTRICES		130 €		200 €		200 €		300 €	
RENFORT LENTILLES CORRECTRICES PROGRESSIVES				75 €		75 €		100 €	
TOUTE CHIRURGIE DE L'ŒIL NON REMBOURSÉE		260 € (130 €/œil)		400 € (200 €/œil)		400 € (200 €/œil)		800 € (400 €/œil)	

• ⁽²⁾ Equipement mixte : **vous** pouvez composer votre équipement de verres dans le **100% santé** et d'une monture dans le **panier libre**, et réciproquement. Pour plus de précisions, **vous** reporter au § 2.4 – Optique.
 • ⁽³⁾ Notre remboursement, pour les montures choisies dans le **panier libre**, n'excèdera jamais 100 € y compris la prise en charge du **régime obligatoire**.
 • Double équipement : **nous** ne prenons pas en charge le double équipement. Pour plus de précision, **vous** reporter au § 2.4 – Optique.
 • Les garanties **100% santé** et **panier libre** ne peuvent être activées qu'une fois tous les 2 ans. La période de 2 années est fixe et s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement (ex. date d'acquisition janvier 2020, la période est janvier 2020 à janvier 2022). Toutefois, cette période est réduite à :
 - un an : pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié,
 - 6 mois : pour les enfants de moins de 6 ans dans les conditions prévues par la réglementation.
Cette disposition ne concerne pas les garanties « toutes lentilles correctrices, renfort lentilles correctrices progressives, et chirurgie de l'œil », ces prestations pouvant être activées annuellement.
 • Si **vous** ne changez qu'un verre, c'est le forfait global verres qui s'applique (ex : 1 verre simple / Adulte / Intégrale 1 = 130 €).

AIDES AUDITIVES

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4
Vous choisissez le 100% santé (à partir de 01/2021)					
PROTHÈSES AUDITIVES		Votre reste à charge est de 0 € dans le respect des prix limites de vente			
Vous ne choisissez pas le 100% santé (panier libre)					
PROTHÈSES AUDITIVES		100%	100% + 300 € (150 € / appareil)	100% + 300 € (150 € / appareil)	100% + 600 € (300 € / appareil)

• Les garanties **100% santé** et **panier libre** ne peuvent être activées qu'une fois tous les 4 ans. La période de 4 années est fixe et s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement (ex. date d'acquisition janvier 2021, la période est janvier 2021 à janvier 2025). Pour le **panier libre**, les limites du contrat responsable sont indiquées dans le § 2.4 – Aides auditives.

AUTRES GARANTIES

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4
CURES THERMALES PRESCRITES (le forfait est versé sur justificatifs et prend en charge uniquement les frais d'hébergement et de transport)			100% + 100 €	100% + 200 €	100% + 300 €
FÉCONDATION IN VITRO – AMNIOCENTÈSE (diagnostic prénatal) – TRAITEMENT POUR LA STÉRILITÉ			100 €	200 €	250 €
ALLOCATION MATERNITÉ (y compris en cas d'adoption)		150 € / enfant	150 € / enfant	150 € / enfant	200 € / enfant

ASSISTANCE (les prestations sont définies au § 8)

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4
PRESTATIONS D'ASSISTANCE		Incluses	Incluses	Incluses	Incluses

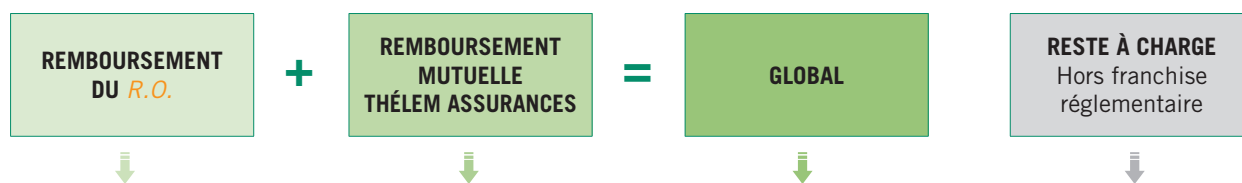
Vous avez peu de dépenses de santé et vous souhaitez réduire votre budget (voir § 2.5)

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4
FRANCHISE PRÉPAYÉE		Option	Option	Option	Option

Légende des garanties :

: la garantie n'est pas accordée /
 : nous remboursons sans intervention préalable de la Sécurité sociale /
 : nous remboursons en complément de la Sécurité sociale

2.3 Pour bien comprendre votre tableau de garanties



> Quand une valeur 100% est indiquée dans votre tableau de garanties cela veut dire :

Exemple pour 100%					
<i>Vous</i> consultez votre médecin traitant qui pratique le tarif de convention (consultation 25 €) dans le parcours de soins					
<i>BR</i> = 25 € 70% soit 16,50 € Participation 1 € toujours déduite	+	30% soit 7,5 €	=	100% soit 24 € Participation 1 € toujours déduite	0 €
Les dépassements d'honoraires pratiqués, le cas échéant, par votre praticien ne sont pas pris en charge.					

> Quand une valeur supérieure à 100% est indiquée dans votre tableau de garanties cela veut dire :

Exemple pour 130%					
<i>Vous</i> consultez votre médecin spécialiste qui pratique un dépassement (consultation 40 €) dans le parcours de soins					
<i>BR</i> = 25 € 70% soit 16,50 € Participation 1 € toujours déduite	+	60% soit 15 €	=	130% soit 31,50 € Participation 1 € toujours déduite	7,50 €
Les dépassements d'honoraires pratiqués, le cas échéant, par votre praticien sont pris en charge partiellement ou en intégralité suivant le niveau de remboursement de votre formule.					

2.4 Précisions concernant vos garanties

Hospitalisation
 Quand la garantie est acquise, nous prenons en charge :

▸ les *hospitalisations* en cours, à compter de la date d'effet du contrat, sous réserve de la justification d'un contrat d'assurance santé, immédiatement antérieur et sans interruption d'assurance.

Soins courants
 Quand la garantie est acquise, nous prenons en charge :

▸ les consultations et visites de généralistes, spécialistes de manière différenciée et les dépenses d'imagerie médicale : Notre remboursement est modulé suivant que l'acte de votre praticien a été réalisé dans le cadre de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO ou hors OPTAM ou OPTAM-CO.

L'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et l'OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) sont des options à la convention signée entre votre médecin et l'assurance maladie. Elles sont destinées à favoriser l'accès aux soins des patients en leur permettant d'être mieux remboursés.

▸ les dépenses d'ostéopathie, d'étiopathie, de chiropraxie, d'orthophonie, de pédicure-podologue, de diététique, d'acupuncture, d'orthoptie et de psychologie.

▸ tous les actes de prévention préconisés par la réglementation sur les contrats responsables c'est-à-dire :

- le scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans,
- un détartrage annuel,
- un premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans,
- le dépistage de l'hépatite B,
- le dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans,
- l'ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans (en complément du *R.O.*),
- les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite,
 - coqueluche : avant 14 ans,
 - hépatite B : avant 14 ans,
 - BCG : avant 6 ans,
 - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non-immunisées désirant un enfant,
 - haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant,
- les vaccinations contre les infections invasives à pneumocoques : avant 18 mois.

► les frais de traitement de sevrage tabagique (substituts nicotiniques) dans la mesure où ils ont été prescrits médicalement.

► les piles des prothèses auditives au titre de la garantie Matériel médical.



Garantie dentaire

Quand la garantie est acquise, nous prenons en charge :

- les frais exposés suite à l'utilisation des techniques dentaires suivantes :
 - inlay (reconstitution de la forme anatomique de la dent), onlay (sauvegarde de la dent afin de lui rendre sa forme anatomique),
 - endodontie (discipline spécialisée dans l'étude et le traitement des *maladies* de la pulpe dentaire),
 - implantologie (chirurgie dentaire spécialisée dans les implants),
 - parodontie (discipline s'occupant de l'ensemble des tissus se trouvant autour de la dent et la soutenant : gencive, os, tissu),
 - orthodontie (technique dentaire correctrice destinée notamment à prévenir ou à corriger les anomalies de position des dents).

► Les couronnes transitoires remboursées par la Sécurité sociale, seront prises en charge au titre de la garantie Prothèses remboursées.

► Après épuisement du plafond dentaire, les prothèses dentaires prises en charge par le *régime obligatoire* seront remboursées à hauteur de 100% du *barème du régime de Sécurité Sociale*. Ce plafond dentaire s'applique uniquement sur le *panier libre*.



Garantie optique, par référence au décret 2019-21 du 11 Janvier 2019

Quand la garantie est acquise, il faut comprendre :

► Equipement verres simples :

- verres unifocaux sphériques : sphère entre -6,00/+6,00 dioptries,
- verres unifocaux sphéro-cylindriques : sphère entre -6,00/0,00 dioptries et cylindre $\leq +4,00$ dioptries,
- verres unifocaux sphéro-cylindriques : sphère positive et dont la somme « sphère + cylindre » $\leq 6,00$ dioptries.

► Equipement verres complexes :

- verres unifocaux sphériques : sphère hors zone -6,00/+6,00 dioptries,
- verres unifocaux sphéro-cylindriques : sphère entre -6,00/0,00 dioptrie et cylindre $> +4,00$ dioptries,
- verres unifocaux sphéro-cylindriques : sphère $< -6,00$ dioptries et cylindre $\geq +0,25$ dioptrie,
- verres unifocaux sphéro-cylindriques : sphère positive et dont la somme « sphère + cylindre » $> 6,00$ dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques : sphère entre -4,00/4,00 dioptries,
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques : sphère entre -8,00/0,00 dioptries et cylindre $\leq +4,00$ dioptries,
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques : sphère positive et dont la somme « sphère + cylindre » $\leq 8,00$ dioptries.

► Equipement verres très complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques : sphère hors zone -4,00/+4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques : sphère entre -8,00/0,00 dioptries et cylindre $> +4,00$ dioptries,
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques : sphère $< -8,00$ dioptries et cylindre $\geq +0,25$ dioptrie,
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques : sphère positive et dont la somme « sphère + cylindre » $> 8,00$ dioptries.

► Si l'équipement comporte deux verres de catégorie différente, par exemple un verre simple et un verre complexe, le montant de notre remboursement sera celui de la catégorie la plus élevée, c'est-à-dire, ici le verre complexe.

► **Un adulte de plus de 20 ans atteint de cécité** relève des mêmes dispositions qu'une personne de moins de 20 ans. La cécité est entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20^{ème} après correction.

► **Nous ne prenons pas en charge le double équipement.** Si *vous* avez besoin de deux équipements complets, par exemple un équipement complet avec une correction vision de loin et un équipement complet avec une correction vision de près, *nous* ne prendrons en charge qu'un seul des deux équipements complets par an.

► **Suppléments**

✓ Dans le **100% santé** :

Les **prestations d'adaptation de la correction visuelle** sont prises en charge à concurrence des prix limites de vente ou à 100 % lorsqu'il n'existe pas de prix limites de vente.

Les **prestations d'appairage ainsi que le supplément des verres avec filtre** sont pris en charge à concurrence des prix limites de vente ou à 100 % lorsqu'il n'existe pas de prix limites de vente.

✓ Dans le **panier libre** :

Les **prestations d'adaptation de la correction visuelle, les verres à filtre et appairage** sont pris en charge à concurrence de 100% du *barème du régime de la Sécurité sociale*.

► Equipement mixte (**les différentes combinaisons possibles entre le 100% santé et le panier libre**).

Vous pouvez composer votre équipement entre le **100% santé** et le **panier libre**. Les modalités de remboursement sont alors les suivantes :

Composition de l'équipement	Remboursement des VERRES	Remboursement de la MONTURE
2 verres 100% santé + Monture Panier libre	0 € de reste à charge dans le respect des prix limites de vente du 100% santé	Dans la limite de 100 € (déduction faite du remboursement du <i>R.O.</i>)
2 verres Panier libre + Monture 100% Santé	Dans la limite des plafonds indiqués dans le tableau des garanties	0 € de reste à charge dans le respect des prix limites de vente du 100% santé
1 verre 100% santé + 1 verre panier libre + Monture 100% santé	1 verre dans le 100% santé : 0 € de reste à charge dans le respect des prix limites de vente du 100% santé 1 verre dans le panier libre : Dans la limite des plafonds indiqués dans le tableau des garanties	0 € de reste à charge dans le respect des prix limites de vente du 100% santé
1 verre 100% santé + 1 verre panier libre + Monture panier libre	1 verre dans le 100% santé : 0 € de reste à charge dans le respect des prix limites de vente du 100% santé 1 verre et la monture dans le panier libre : Dans la limite des plafonds indiqués dans le tableau des garanties avec un maximum de 100 € pour la monture (déduction faite du remboursement du <i>R.O.</i>)	



Aides auditives

► pour le **panier libre**, notre remboursement n'excédera jamais 1700 € par aide auditive, incluant la prise en charge du *régime obligatoire* et la participation de l'assuré. Ce plafond n'inclut pas les **prestations** annexes à l'aide auditive (100% du *barème de régime de la Sécurité sociale* pour les consommables, les piles ou les accessoires).



Garantie Allocation maternité

Quand la garantie est acquise, **nous** versons :

► une allocation y compris en cas d'adoption. La mère et l'enfant doivent être garantis par le présent contrat. Une seule allocation est versée par enfant. En cas de naissance multiple, l'allocation est versée pour chaque enfant inscrit au contrat.

2.5 La franchise prépayée

PRINCIPE GÉNÉRAL

Ce mécanisme, **sans jamais altérer les niveaux de remboursement que vous avez choisis**, *vous* donne l'opportunité de pouvoir récupérer jusqu'à **50 % de votre versement (hors cotisation assistance et hors taxes)**. En effet, votre versement se compose de 2 parties égales indissociables :

- votre cotisation d'assurance,
- votre réserve remboursable. Cette somme qui *vous* appartient se calcule au contrat et non par personne assurée.

Tout ou partie de cette réserve peut vous être restituée dans les conditions suivantes :

Si les dépenses de soins que *nous vous* avons réglées au titre de tous les assurés (hors **prestations** d'assistance) :

- sont supérieures, sur l'année, au montant de cette réserve, aucune restitution n'est effectuée,
- sont inférieures, sur l'année, au montant de cette réserve, **nous vous** restituons la partie non-utilisée. La restitution est donc égale à l'intégralité de la réserve si **vous** n'avez effectué aucune dépense de soins.

Exemple : votre versement est de 500 € (hors cotisation assistance et hors taxes). 250 € sont affectés à la cotisation et 250 € sont affectés à la réserve. Si vos dépenses de soins (celles de l'ensemble des personnes assurées) sont de 300 €, aucune restitution ne sera réalisée. Si vos dépenses de soins sont de 100 €, **nous vous** restituerons 150 €. Si **vous** n'avez engagé aucune dépense de soins, **nous vous** restituons l'intégralité de la réserve soit 250 €.

MODALITÉS DE CALCUL DE VOTRE RÉSERVE

- Votre compte réserve est alimenté selon les mêmes périodicité et fractionnement que votre versement. Vos **prestations** de soins garanties, dans la limite des plafonds prévus, sont réglées :
 - par priorité et jusqu'à épuisement complet, par prélèvement sur votre réserve,
 - après épuisement de la réserve, au titre de la garantie du contrat d'assurance.
- Les **prestations** d'assistance ne viennent pas réduire votre réserve.

RESTITUTION DE VOTRE RÉSERVE

Votre contrat est en cours :

Chaque année, fin avril,

- **nous** totalisons tous les remboursements que **nous** avons effectués :
 - entre la date de souscription et le 1^{er} janvier de l'année en cours ⇒ **si votre contrat a moins d'un an,**
 - entre le 31 décembre de l'année N -1 et le 1^{er} janvier de l'année en cours ⇒ **si votre contrat a plus d'un an.**
- **nous** totalisons, sur les mêmes périodes, le montant de votre réserve,
- **nous** calculons le solde de votre compte réserve (montant de la réserve – montants des remboursements) :
 - quand aucun remboursement de **prestations** de soins n'est intervenu, **l'intégralité de votre réserve vous est remboursée,**
 - quand le montant des remboursements de soins est inférieur au montant de votre réserve, **le solde vous est remboursé,**
 - quand le montant des remboursements de soins est égal ou excède celui de votre réserve, **aucun remboursement n'est effectué.**
- **nous vous** informons et **nous vous** adressons, le cas échéant, le montant de votre réserve par lettre chèque.

Vous résiliez votre contrat :

Six mois échus après la résiliation,

- **nous** totalisons tous les remboursements que **nous** avons effectués :
 - entre la date de souscription et la date de résiliation ⇒ **si votre contrat a moins d'un an,**
 - entre le 31 décembre de l'année N -1 et la date de résiliation ⇒ **si votre contrat a plus d'un an,**
- **nous** totalisons, sur les mêmes périodes, le montant de votre réserve,
- **nous** calculons le solde de votre compte réserve (montant de la réserve – montants des remboursements) :
 - quand aucun remboursement de **prestations** de soins n'est intervenu, **l'intégralité de votre réserve vous est remboursée,**
 - quand le montant des remboursements de soins est inférieur au montant de votre réserve, **le solde vous est remboursé,**
 - quand le montant des remboursements de soins est égal ou excède celui de votre réserve, **aucun remboursement n'est effectué.**
- **nous vous** informons et **nous vous** adressons, le cas échéant, le montant du remboursement par lettre chèque.

Cas du non-paiement du versement :

Quelle que soit la situation de votre contrat (en cours ou résilié) :

- votre réserve ne pourra être libérée que si votre versement annuel a été intégralement payé,
- aucune compensation ne pourra être opérée (en totalité ou en partie) entre la cotisation et la réserve remboursable.

COMMUNICATION PERMANENTE DU SOLDE DE VOTRE RÉSERVE

Vous pouvez consulter le solde de votre réserve :

- sur simple demande auprès de votre assureur conseil,
- sur chaque décompte de **prestations**.

CAS PARTICULIER DU RETRAIT D'UN DES ASSURÉS

La réserve se calcule globalement par contrat. Le retrait d'un des assurés n'entraîne pas la restitution anticipée de la réserve.

3. Exclusions générales

3.1 Les exclusions générales applicables à toutes les formules

Nous ne remboursons pas :

- la participation forfaitaire pour certains actes médicaux ou consultations de médecins (1€), conformément à la loi N° 2004 - 810 du 13/08/2004 et ses décrets d'application relatifs à l'assurance maladie,
- les franchises médicales,
- si **vous** ne suivez pas le parcours de soins coordonné et que **vous** avez souscrit un contrat responsable et solidaire (§ 1.2) :
 - tout ou partie des dépassements d'honoraires des actes cliniques et consultations des médecins,
 - l'intégralité de la majoration du ticket modérateur appliquée par votre **régime obligatoire**.
- les dépenses :
 - résultant de traitement ou de chirurgie esthétique non pris en charge par votre **régime obligatoire**.
- la chambre particulière et le lit d'accompagnant :
 - pour les séjours en centre de repos, de convalescence ou de rééducation fonctionnelle au-delà des trois premiers mois.
- la chambre particulière, le lit d'accompagnant et le forfait journalier :
 - pour les séjours en maison d'enfants à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique (MP), établissement pour personnes âgées (EHPAD), service de long séjour d'un hôpital, maison d'accueil spécialisée (MAS), institut médico-éducatif (IME), maison d'enfants à caractère social (MECS) et en appartement thérapeutique.

3.2 Les exclusions supplémentaires applicables aux formules non-responsables et solidaires

Nous ne remboursons pas les frais consécutifs à un **accident** ou une **maladie**, ainsi que leurs suites et conséquences :

- causés ou provoqués intentionnellement par les personnes assurées, sauf pour les mineurs,
- résultant de votre participation active à une émeute, un mouvement populaire (L. 121-8 du Code des assurances),
- causés par la guerre,
- dus aux effets directs ou indirects de modification du noyau atomique ou de tout phénomène de radioactivité. Toutefois, sont garanties les lésions occasionnées par les rayons X, le radium, ses composés et dérivés utilisés à des fins médicales et thérapeutiques,
- résultant de la pratique de sports à titre professionnel.

4. Le règlement de vos *prestations*

4.1 En complément du *régime obligatoire*

- *Nous vous* faisons bénéficier de la télétransmission automatique des relevés de remboursement par le *régime obligatoire* sous réserve de l'accord de celui-ci et sauf avis contraire de votre part.

Vous recevez l'original du relevé de remboursement du *régime obligatoire*.

Si sur ce décompte, la mention « transmis directement à votre organisme complémentaire » figure : **vous n'avez pas à transmettre ce document.**

- Si *vous* ne pouvez pas ou ne voulez pas bénéficier de la télétransmission avec le *régime obligatoire*, *vous* devrez *nous* adresser l'original du relevé de remboursement délivré par le *régime obligatoire*.

Dans ce cas, merci d'adresser ce décompte :

- prioritairement par voie dématérialisée sur votre Espace assuré sécurisé,
- ou dans l'enveloppe pré-adressée à :



4.2 Sans intervention du *régime obligatoire*

Selon les garanties souscrites, *vous* devez transmettre les documents suivants (par voie dématérialisée sur votre Espace assuré sécurisé ou par courrier à : Théléme, Département Santé, TSA 10005, 41972 BLOIS, CEDEX 9) :

<i>Prestations</i>	Document(s) à transmettre
Soins courants Médicaments non remboursés, frais sans prescription (ostéopathie, étioopathie, chiropraxie, orthophonie, orthoptie, pédicure-podologue, diététique, acupuncture, et psychologie), Substitut nicotinique non prescrit.	Factures originales acquittées des frais réellement engagés.
Optique Lentilles correctrices, chirurgie de l'œil.	Copie de la prescription médicale et factures originales acquittées des frais réellement engagés.
Dentaire Prothèses non remboursées, implantologie / parodontie / endodontie.	Factures originales acquittées des frais réellement engagés.
Autres prestations Fécondation in vitro – Amniocentèse (diagnostic prénatal) – Traitement pour la stérilité, Allocation maternité, Cures thermales.	Factures originales acquittées des frais réellement engagés. Acte de naissance ou d'adoption. Factures (transport et hébergement) et copie de la prescription.
Hospitalisation Télévision, téléphone, internet.	Factures originales acquittées des frais réellement engagés.

4.3 Tiers-payant

- **Vous** n'avancez pas vos frais médicaux auprès des professionnels de santé acceptant le tiers-payant, dans la limite de la base de remboursement retenue par votre *régime obligatoire*.

Une attestation **vous** est remise.

Elle indique :

- ▶ les professionnels de santé pour lesquels les droits sont ouverts,
- ▶ les assurés qui peuvent en bénéficier,
- ▶ lorsque **vous** passez par un professionnel du réseau de soins Carte Blanche, **vous** bénéficiez du tiers-payant en optique, aides auditives et pour les prothèses dentaires.

Elle doit être présentée aux professionnels de santé. En cas de perte de votre attestation, **vous** devez faire une demande de renouvellement auprès de votre assureur conseil. Si votre contrat est résilié, **vous** devez impérativement restituer votre attestation à votre assureur conseil.

4.4 Suite à une hospitalisation

Sur votre demande, **nous** adressons à l'établissement hospitalier une prise en charge. Dans la limite de la garantie souscrite, **nous** réglons directement l'établissement (y compris le forfait chambre particulière si votre formule couvre ces dépenses) et **vous** n'avez à payer que les éventuels suppléments.

4.5 Quand votre contrat intervient en tant que surcomplémentaire santé

RÈGLES GÉNÉRALES

- La surcomplémentaire intervient toujours en complément d'un 1^{er} contrat complémentaire santé (individuel ou collectif).
- La surcomplémentaire ne peut être souscrite que dans la mesure où **vous** bénéficiez d'une complémentaire santé.
- **Le cumul des remboursements du régime obligatoire et des remboursements des complémentaires santé ne peut excéder les frais que vous avez réellement engagés.**

MODALITÉS PRATIQUES DE RÈGLEMENT

Précisions sur les garanties exprimées en % du BR : ce % intègre la part du *régime obligatoire* et la part de votre complémentaire santé. Pour chaque acte, **nous vous** remboursons la différence entre le % du BR mentionné dans vos Conditions Particulières et le remboursement cumulé effectué par votre *régime obligatoire* et votre complémentaire santé.

Précision sur les garanties exprimées en € (euros) : les montants des forfaits se cumulent aux remboursements effectués par votre *régime obligatoire* et votre complémentaire santé dans la limite des plafonds de prise en charge fixés réglementairement dans le cadre des contrats responsables et solidaires.

Nous pouvons intervenir :

- en 1^{er} niveau c'est-à-dire sans intervention préalable de votre *régime obligatoire* ou de votre contrat complémentaire santé. **Vous nous** transmettez les factures originales des frais réellement engagés.
- en 2^{ème} niveau c'est-à-dire après intervention de votre *régime obligatoire* ou de votre complémentaire santé. **Vous nous** transmettez votre décompte :
 - ▶ de votre *régime obligatoire* s'il est intervenu seul,
 - ▶ ou de votre complémentaire santé.
- en 3^{ème} niveau, c'est-à-dire après intervention de votre *régime obligatoire* et de votre complémentaire santé. **Vous nous** transmettez le décompte de votre complémentaire santé.

Vous ne bénéficiez pas :

- du tiers-payant,
- de la télétransmission automatique des relevés de remboursement par le *régime obligatoire*.

4.6 Avance sur devis dentaire

Les prothèses dentaires peuvent entraîner des dépenses très lourdes. Pour **vous** aider à y faire face, **nous** pouvons **vous** faire l'avance d'une partie de ces frais, selon les modalités suivantes :

- **Vous** adresserez, le cas échéant, une demande d'entente préalable à votre **régime obligatoire**. Dès son accord ou dès que **vous** le souhaitez en l'absence d'entente préalable, **vous** pouvez **nous** demander une avance de 70% des montants de remboursements que **nous vous** devons (au titre des garanties que **vous** avez souscrites). Cette avance sera réglée directement à votre praticien.

Correspondance à adresser à :



4.7 Nos engagements

1/ Information claire

Notre département Santé **vous** adresse tous les mois (si au moins une demande de remboursement a été traitée) un bordereau récapitulatif détaillant l'ensemble des remboursements réalisés depuis l'envoi du bordereau précédent.

En cas de remboursement supérieur à 300 €, le bordereau est adressé en même temps que le remboursement.

Pour connaître à l'avance vos montants de remboursements ou pour être renseigné sur un remboursement, c'est très simple :

- Contactez le : **09 77 40 06 99** (appel non surtaxé)
(du lundi au vendredi de 8h30 à 18h **sauf jours fériés**)
- Créez ou connectez-**vous** à votre Espace assuré sécurisé : **www.thelem-assurances.fr**

2/ Délais de remboursements rapides

Vos demandes de remboursement sont traitées en 48 heures à la réception du décompte de votre **régime obligatoire**.

3/ Vos remboursements

- Pour connaître à l'avance vos montants de remboursements (notamment en optique et en dentaire),
- Pour être renseigné sur un remboursement déjà effectué,

C'est très simple :

- Contactez le : **09 77 40 06 99** (appel non surtaxé)
(du lundi au vendredi de 8h30 à 18h **sauf jours fériés**)
- Créez ou connectez-**vous** à votre Espace assuré sécurisé : **www.thelem-assurances.fr**

4.8 Autres assurances

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (Article 2 Décret n° 90-769 du 30 Août 1990 et 2^e alinéa de l'Article 9 de la Loi du 31 Décembre 1989).

4.9 Perte de vos droits

L'utilisation de renseignements ou de documents inexacts ou falsifiés, dans le but d'obtenir des prestations indues, entraînerait la perte de vos droits à prestations ou une déchéance de garanties. Nous pourrions résilier le contrat selon le § 5.3.

4.10 Subrogation

Nous sommes subrogés dans les termes de l'article L 121-12 du Code des assurances, jusqu'à concurrence du montant des **prestations** que **nous** payons, dans vos droits et actions contre tout responsable du sinistre.

Si la subrogation ne peut plus, de votre fait, s'opérer en notre faveur, notre garantie cesse d'être engagée dans la mesure même où aurait pu s'exercer la subrogation.

5. Vie du contrat

5.1 Vos obligations - Nos obligations

INFORMATION SUR LE RISQUE

Vos déclarations à la souscription ou en cours de contrat

Votre contrat est établi d'après vos déclarations faites lors de la souscription ou lors du dernier avenant. Ces déclarations sont reproduites aux Conditions Particulières.

En cours de contrat, **vous** devez **nous** déclarer les modifications concernant les événements suivants (L. 113-16 du Code des assurances) :

- changement de domicile,
- modification de la composition de votre famille assurée,
- modification du **régime obligatoire** de rattachement d'une des personnes assurées,
- retraite professionnelle, cessation temporaire ou définitive d'activité professionnelle d'une des personnes assurées.

Si cette modification entraîne un changement de cotisation, vous avez 30 jours pour accepter ou refuser la proposition tarifaire. Si vous la refusez, le contrat est résilié 30 jours après votre notification de refus.

Conséquences de déclarations inexactes

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans les déclarations entraîne l'application, suivant le cas, des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.

Tout défaut d'information relatif aux éléments de déclarations constitue une aggravation du risque. Vous devez nous déclarer toute modification, par lettre recommandée, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance.

Cotisation d'assurance

La cotisation annuelle (ainsi que les frais, taxes et contributions fixées par l'état) se paie à la date (ou aux dates) indiquées aux Conditions Particulières.

En cas de non-paiement de la cotisation (L. 113-3 du Code des assurances)

Si vous ne payez pas votre cotisation ou une fraction de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, nous adressons à votre dernier domicile connu une lettre recommandée qui, sauf paiement entre temps :

- suspend les garanties à l'expiration d'un délai de 30 jours,
- résilie le contrat à l'expiration d'un délai supplémentaire de 10 jours.

Le règlement de la cotisation effectué après la date de résiliation n'entraîne pas pour autant la remise en vigueur du contrat.

Nous sommes alors en droit de **vous** réclamer la fraction de cotisation couvrant la période allant de la date de conclusion à la date de résiliation effective du contrat, ainsi que, à titre de dédommagement et dans la limite de 6 mois, la fraction de cotisation couvrant la période allant de la date de résiliation effective à la date d'échéance du contrat.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension de la garantie intervenue pour non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée, sans pour autant **vous** dispenser de l'obligation de payer les fractions de cotisation exigibles à leurs échéances.

Lorsque la cotisation annuelle sera payable par fractions, il est entendu qu'en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à son échéance, toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance en cours deviendront automatiquement exigibles.

Si **vous** avez choisi un mode de prélèvement mensuel, il sera automatiquement suspendu à partir du 2^{ème} rejet, et le solde de l'année en cours deviendra exigible.

RAPPEL : Si vous avez choisi l'option franchise prépayée (§2.5),

- Votre réserve ne pourra être libérée que si votre versement annuel a été intégralement payé.
- Aucune compensation ne pourra être opérée en totalité ou en partie entre la cotisation et la réserve remboursable.

RÉVISION DE LA COTISATION

Chaque année, la cotisation est modifiée, le cas échéant, en fonction de différents éléments :

- **Changement de tranche d'âge**

La cotisation est réajustée automatiquement pour chaque personne assurée à compter de l'échéance principale, qui suit son passage dans la tranche d'âge supérieure, conformément au tarif ayant servi de base à l'établissement du contrat et qui en fait partie intégrante.

- **Révision de tarif (à caractère technique)**

Nous pouvons réviser nos tarifs pour d'autres motifs (à caractère technique), tels que la modification des bases de remboursement du *régime obligatoire*. La cotisation est modifiée à l'échéance.

FRAIS

Nous vous informons que des frais peuvent *vous* être imputés. Le détail de ces frais est disponible auprès de votre intermédiaire ou sur notre site internet.

5.2 Formation - Effet et durée du contrat

Formation

Le contrat est formé dès l'accord des parties. Avant la conclusion du contrat, *nous vous* remettons un devis ainsi que les Dispositions Générales.

Effet

Le contrat prend effet à la date et l'heure indiquées aux Conditions Particulières.

En cas de paiement par chèque, la prise d'effet du contrat est subordonnée à l'encaissement du chèque.

Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat sauf si *nous* refusons dans les 10 jours votre proposition faite par lettre recommandée de modifier le contrat.

Durée

Le contrat est souscrit jusqu'à la prochaine échéance principale.

Il est renouvelable ensuite par tacite reconduction à chaque échéance principale avec les facultés de résiliation prévues au § 5.3.

5.3 Résiliation du contrat

LES CAS DE RÉSILIATION

Le contrat peut être résilié dans les cas ci-après :

Par *vous* :

- chaque année, à la date d'échéance principale, moyennant **un préavis de deux mois au moins**,
- en cas de survenance de l'un des événements suivants (L 113-16 du Code des assurances) :
 - ▶ changement de domicile,
 - ▶ changement de situation matrimoniale,
 - ▶ changement de régime matrimonial,
 - ▶ changement de profession,
 - ▶ retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

lorsque les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation doit :

- ▶ être effectuée dans les trois mois suivant la date de l'événement,
 - ▶ comporter toutes précisions de nature à établir qu'elle est en relation directe avec ledit événement,
 - ▶ être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception, indiquant la nature et la date de l'événement invoqué (R 113-6 du Code des assurances),
 - ▶ prendre effet un mois après sa notification.
- en cas de diminution du risque si *nous* ne consentons pas la réduction de cotisation correspondante (L 113-4 du Code des assurances),

- si **nous** avons résilié, après un sinistre, un autre contrat que **vous** aviez conclu avec **nous** ; **vous** avez alors un mois pour résilier le présent contrat, cette résiliation prenant effet un mois après sa notification (R 113-10 du Code des assurances),
- en cas de révision de la cotisation pour des motifs à caractère technique dans les conditions prévues au § 5.1 vos obligations - nos obligations - Révision de la cotisation,
- en cas de transfert du portefeuille de l'assureur (L 324-1 du Code des assurances),
- chaque année dans un délai de 20 jours suivant la date d'envoi (cachet de la poste) de l'avis d'échéance principale lorsque le document comporte une mention rappelant les conditions de dénonciation qui **vous** sont offertes, ou à tout moment à compter de la date de reconduction du contrat en l'absence d'une telle mention sur l'avis d'échéance principale. La résiliation prend alors effet le lendemain à OHOO de l'envoi de la notification, que **vous nous** adressez, le cachet de la poste faisant foi (L. 113-15 du Code des assurances).
- en cas de démarchage à domicile (L 112-9 du Code des assurances).

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d' accusé de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus, à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Pour l'exercice de ce droit, **vous** devez adresser à votre assureur conseil une lettre recommandée avec accusé de réception reprenant le modèle suivant :

« Madame, Monsieur, je soussigné..... déclare renoncer au présent contrat.
Fait le..... (+ date et signature) ».

Vous serez alors remboursé, au plus tard dans les 30 jours, de la part de cotisation correspondant à la période d'assurance durant laquelle le risque n'a pas couru, sauf mise en jeu de la garantie.

- **vous** pouvez également, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat, résilier ce dernier sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après que **nous** ayons reçu la notification (L 113-15-2 du Code des assurances) par votre nouvel assureur. Il appartient à ce dernier de s'assurer de la permanence de votre couverture d'assurance (L 113-15-2 et R 113-12 du Code des assurances),

Vous êtes tenu au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert. Cette période est calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation soit un mois après notification de cette dernière. **Nous** sommes tenus de **vous** rembourser le solde qui **vous** serait dû dans les 30 jours à compter de la date de résiliation. A défaut de remboursement de notre part dans ce délai, les sommes qui **vous** sont dues produisent de plein droit des intérêts au taux légal.

Vous pourrez user de cette faculté de résiliation dès parution du décret visé par la loi 2019-733 du 14/07/2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats complémentaire santé.

Par **nous** :

La garantie étant viagère **nous** ne sommes autorisés à résilier le contrat que dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations (L 113-3 du Code des assurances),
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque (L 113-9 du Code des assurances),
- en cas de refus du nouveau montant de cotisation proposé lorsque **vous** changez de domicile ou de **régime obligatoire**.

En cas de vente à distance :

Si le contrat a été souscrit dans le cadre d'une vente à distance, **vous** bénéficiez, conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, d'un droit :

- de renonciation dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter :
 - a) soit du jour où le contrat à distance est conclu,
 - b) soit du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point a) ci-dessus.

- à être remboursé des sommes réglées et encaissées au titre de la période postérieure à la date de renonciation, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

Pour exercer cette faculté, **vous** devez adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à : Thélem assurances - BP 63130 - 45431 CHECY CEDEX selon le modèle ci-après :

« Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat d'assurance conclu à distance le XX/XX/XX et demande le remboursement de la prime déduction faite de la part correspondant à la période durant laquelle le contrat était en vigueur. Dans ce cas, la résiliation prendra effet à compter de la date de réception de la présente lettre. »

Le remboursement interviendra dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente lettre. Cette renonciation ne s'applique pas :

- aux contrats d'assurance temporaire dont la durée est inférieure à un mois,
- dès lors que **vous** avez bénéficié de la prise en charge d'un sinistre au titre des garanties de votre contrat.

DE PLEIN DROIT :

- en cas de retrait total d'agrément ou de liquidation judiciaire de l'assureur (L 326-12 et R 326-1 du Code des assurances),
- si **vous** ne bénéficiez plus d'un *régime obligatoire* français,
- en cas de décès de l'assuré.

NOTIFICATION DES RÉSILIATIONS

La résiliation doit être notifiée par lettre recommandée au format papier ou électronique adressée à notre siège ou à notre représentant, et préciser le fondement de la demande (résiliation infra-annuelle, résiliation Loi Châtel...).

S'il est fait application de l'article L 113-16 du Code des assurances, la résiliation doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception.

Néanmoins, si **vous** résiliez au titre :

- de l'article L113-15-2 du Code des assurances (résiliation à tout moment si votre contrat a plus d'un an),
- de l'article L113-15-1 du Code des assurances (résiliation Loi Chatel – absence de la mention 20 jours sur l'avis d'échéance),

la résiliation peut **nous** être adressée par courrier simple ou courriel.

Les délais de préavis, s'il en est prévu pour la résiliation, sont décomptés à partir de la date d'envoi de la notification (le cachet de la poste ou la date de réception du courriel faisant foi).

FRACTION DE LA COTISATION POSTÉRIEURE À LA RÉSILIATION / INDEMNITÉ DE RÉSILIATION

En cas de résiliation au cours d'une période d'assurance, la fraction de cotisation correspondant à la période postérieure à la résiliation ne **nous est pas acquise. Elle doit **vous** être remboursée si elle a été perçue d'avance sauf en cas :**

- de non-paiement de la cotisation (L 113.3 du Code des assurances). La cotisation annuelle est intégralement due.
- d'application des sanctions prévues au titre de l'article L 113.8 du Code des assurances (nullité du contrat), les cotisations échues **nous** restant acquises.

6. Informations Juridiques

6.1 Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 du code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1/ en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- 2/ en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

Article L114-2 du code des assurances

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

Les causes ordinaires d'interruption listées aux articles du Code civil sont les suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait : article 2240,
- la demande en justice : articles 2241 / 2242 / 2243,
- un acte d'exécution forcée : articles 2244 / 2245 / 2246.

Article L114-3 du Code des assurances

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

6.2 Réclamations

Vous apporter une relation unique et de qualité est notre principal objectif. Il peut cependant arriver qu'un désaccord ou un mécontentement survienne relatif à l'établissement d'un devis ou à la gestion de votre contrat.

Vous pouvez, avant toute saisine d'une juridiction, *nous* soumettre votre réclamation suivant la procédure ci-dessous :

Toute réclamation doit être adressée prioritairement à votre interlocuteur habituel dont les coordonnées figurent sur vos conditions particulières qui est en mesure de *vous* apporter toutes informations et explications.

• Les services du siège :

Si la réponse apportée par votre interlocuteur habituel ne *vous* satisfait pas, *vous* pouvez adresser votre réclamation écrite (mentionnant les références de votre dossier ainsi que les pièces justificatives) à :

Par courrier :

Thélem assurances
Service réclamations
Le Croc 45430 CHECY

Par E-mail :

reclamations@thelem-assurances.fr

Nous nous engageons à accuser réception de votre réclamation dans les dix (10) jours et à apporter une réponse à votre réclamation dans les meilleurs délais et au plus tard dans les deux (2) mois, sauf circonstances particulières justifiant un délai de traitement plus long dont *nous vous* informerons le cas échéant.

• La Médiation

Si **vous** estimez que les réponses apportées à votre réclamation ne sont pas satisfaisantes et après avoir épuisé les voies de recours décrites ci-dessus, **vous** pouvez saisir gratuitement le Médiateur de l'assurance, en écrivant :

Par courrier :

La Médiation de l'assurance
TSA50110
75441 PARIS cedex 09

Par courriel, via un formulaire directement sur le site :

<https://www.mediation-assurance.org/>

Attention, aucune action judiciaire ne doit être engagée. Si **vous** saisissez le Médiateur avant d'avoir adressé une réclamation à notre Service réclamation, **vous** exposez à un refus de traitement de votre demande par le Médiateur de l'assurance.

Après avoir été saisi, le Médiateur rend un avis dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception des pièces fondant la demande.

6.3 Protection de vos données à caractère personnel

Thélem assurances traite les données à caractère personnel dans le respect des lois et réglementations en vigueur et notamment du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et des référentiels édictés par la CNIL.

Les données personnelles recueillies, traitées et enregistrées par Thélem assurances, responsable du traitement, sont obligatoires et sont utilisées par la Société :

- pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des services associés ou pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires concernant notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- pour lutter contre la fraude à l'assurance. Vos données peuvent ici être traitées par des personnes habilitées en la matière,
- dans un objectif d'évaluation et d'acceptation des risques,
- pour l'élaboration de statistiques et études actuarielles,
- pour la gestion de la relation client au travers notamment d'actions de fidélisation, du suivi et d'amélioration de la qualité de la relation client.

Thélem assurances peut également être amené à mettre en œuvre des traitements de profilage (pour personnaliser les offres) ou de décision automatisée à partir de l'analyse de vos données (pour le calcul du tarif).

En cas de sinistre, **nous** pouvons être amenés, ainsi que nos prestataires de services, partenaires, filiales ou sous-traitants, à traiter des données relatives à votre état de santé dans la finalité de procéder à votre indemnisation.

Ces données, pendant toute la durée de la relation contractuelle, pourront être communiquées, dans la limite de leurs habilitations, aux personnes intéressées au contrat, à votre conseiller, aux partenaires, aux sous-traitants et réassureurs qui exécutent pour le compte de Thélem assurances certaines tâches indispensables à la bonne exécution du contrat, ainsi qu'aux personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, professionnels de santé et organismes d'assurance.

Les données à caractère personnel sont conservées pendant la durée de la relation commerciale ou contractuelle et dans le respect des délais de prescription légaux.

Ces données personnelles pourront donner lieu, à l'exercice du droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et de portabilité par courrier adressé à Thélem assurances - à l'attention du **Délégué à la Protection des Données - Le Croc - BP 63130 - 45430 CHECY** ou par mail à l'adresse suivante : dpo@thelem-assurances.fr, accompagné de la copie d'un justificatif d'identité.

Vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données. Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, **vous** avez le droit de saisir la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté) à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris. Dans ce cas, il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement le consommateur, sauf si ce dernier est déjà client du professionnel. L'organisme chargé de la gestion de la liste d'opposition au démarchage téléphonique est désigné par un arrêté ministériel pour une durée de 5 ans.

6.4 Preuves

Nous acceptons et *vous* acceptez expressément que les copies des documents contractuels, sous forme électronique, soient admises comme preuves au même titre que l'écrit sur support papier.

6.5 Prospection commerciale par voie téléphonique

Le consommateur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique (www.bloctel.gouv.fr).

Dans ce cas, il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement le consommateur, sauf si ce dernier est déjà client du professionnel.

L'organisme chargé de la gestion de la liste d'opposition au démarchage téléphonique est désigné par un arrêté ministériel pour une durée de 5 ans.

6.6 Autorité de contrôle

Thélem assurances est soumis à l'Autorité de contrôle et de résolution prudentielle :

ACPR

4, place de Budapest

CS 92 459

75 436 PARIS CEDEX 09.

7. Les modalités de souscription à distance Internet

PRÉALABLE

Ce paragraphe vient uniquement préciser les modalités de souscription à distance. Il ne déroge pas aux termes et conditions figurant aux Dispositions Générales et qui restent intégralement applicables.

Lorsque la souscription de votre contrat se fait à distance (par Internet et/ou par téléphone), les modalités sont les suivantes :

A - Le parcours de souscription

- 1) **Vous** répondez à un questionnaire **vous** permettant de déclarer les éléments nécessaires à votre identification, ainsi qu'à l'évaluation et à la connaissance du risque à assurer.
- 2) Au terme de ce questionnaire, **vous** validez et atteste l'exactitude et l'exhaustivité de vos déclarations et informations saisies.
- 3) **Vous** signez électroniquement :
 - le bulletin de souscription qui reprend l'ensemble de vos déclarations, répond aux besoins exprimés ainsi qu'aux garanties que **vous** avez souhaitées,
 - votre mandat de prélèvement bancaire.

Vous réglez un premier acompte par carte bancaire via un espace sécurisé.

Ces documents sont archivés par un tiers certificateur qui **nous** permettra de produire cette preuve en cas de différend entre **vous** et **nous** sur l'application des conditions du contrat **nous** liant.

- 4) Les Dispositions Générales sont accessibles tout au long du parcours de souscription sur notre site internet.

Toute inexactitude, omission ou réticence dans vos réponses ou déclarations peut être sanctionnée :

- **si elle est intentionnelle, par la nullité du contrat** (L 113.8 du Code des assurances),
- **par la déchéance de garantie,**
- **dans le cas contraire :**
 - **avant tout sinistre : par l'augmentation de la cotisation ou la résiliation du contrat,**
 - **après sinistre : par la réduction proportionnelle de l'indemnité** (L 113.9 du Code des assurances).

B - Effet différé dans le temps (situation où la date de début de garanties que **vous souhaitez est postérieure à votre demande de souscription)**

Dans le cas où **vous** souhaitez un effet différé dans le temps, les modalités de souscription restent celles indiquées au § A.

C - La modification du contrat

Toute modification du contrat se fait en contactant votre Conseiller/Agent Général dont les coordonnées figurent sur le bulletin de souscription. Toute modification du contrat d'assurance implique la régularisation d'un avenant devant être signé par les deux parties.

D - Droit de rétractation

Le droit de renonciation en cas de vente à distance est rappelé au § 5.3 des Dispositions Générales.

8. Assistance

BESOIN D'ASSISTANCE ?

Contactez-nous

- depuis la France : **01 40 25 16 16**
→ 24h/24 et 7j/7 sauf mention contraire dans le corps de la convention
- accès sourds et malentendants :
<https://accessibilite.votreassistance.fr> (24h/24)

Veillez nous indiquer :

- le nom et le numéro du contrat souscrit
- les nom et prénom du bénéficiaire
- l'adresse exacte du bénéficiaire
- le numéro de téléphone auquel le bénéficiaire peut être joint.

Les prestations de la présente convention d'assistance

sont assurées par :

AWP P&C

SA au capital de 17 287 285 €
519 490 080 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar
93400 Saint-Ouen
Entreprise régie par le Code des assurances

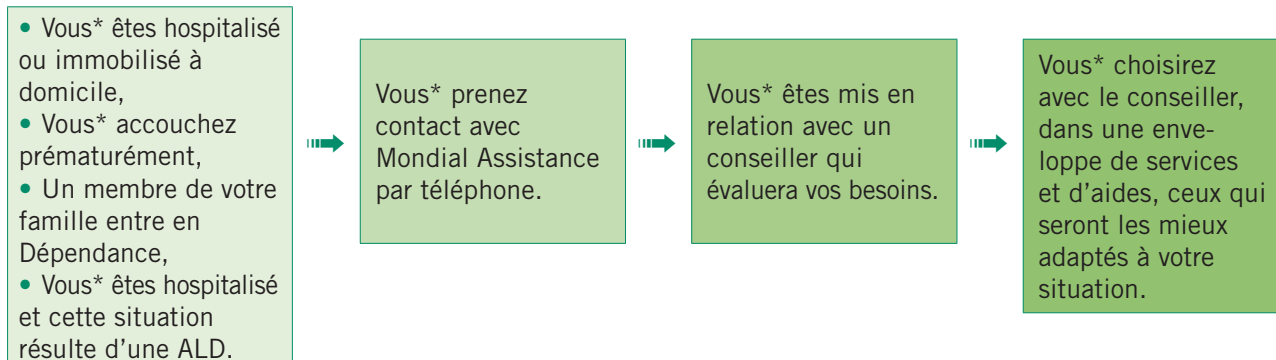
sont mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 €
490 381 753 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen
Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>

Ci-après désignée sous le nom commercial « **Mondial Assistance** »

8.1 Comment bénéficier des prestations ?



8.2 Zoom sur les services et aides accordés

Evènements déclenchant vos services et aides	Vous choisissez les aides et les services les mieux adaptées à vos besoins	Précisions
Vous êtes hospitalisé pendant une durée au moins égale à 2 nuitées et/ou vous êtes immobilisé à Domicile pendant une durée au moins égale à 5 jours.	Dans une limite de 300 € . Vous pouvez activer cette prestation au maximum 1 fois par année d'assurance (entre 2 échéances principales).	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation et/ou le début de l'Immobilisation à Domicile. Seule l'assistance aux animaux de compagnie peut être délivrée pendant l'Hospitalisation à condition de fournir le bulletin de situation mentionnant une Hospitalisation d'une durée au moins égale à 2 nuitées.
Vous accouchez prématurément.	Dans une limite de 600 € . Vous pouvez activer cette prestation au maximum 2 fois au cours des 6 mois suivant la naissance (dans la limite de 600 €).	L'enveloppe doit être activée au plus tard 30 jours après la naissance.
Quand un membre de votre famille entre en Dépendance .	Dans une limite de 300 € . Vous pouvez activer cette prestation 1 fois par Membre de la famille aidé.	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 3 mois suivant l'entrée en Dépendance du Membre de la famille.
Vous êtes hospitalisé ou immobilisé à domicile et lorsque ces situations résultent d'une Affection Longue Durée .	Dans une limite de 600 € . Vous pouvez activer cette prestation au maximum 1 fois par année d'assurance (entre 2 échéances principales).	L'enveloppe doit être activée au plus tard 30 jours après l'entrée en ALD. Les services peuvent être délivrés tout au long de l'année.

8.3 Votre enveloppe de services et d'aides à Domicile

Évaluation des besoins et recommandations

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

Enveloppe de services et d'aide à Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiqués au § 2.

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services et aides à domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.

Le montant maximum indiqué à l'article 2 « ZOOM SUR LES SERVICES ET AIDES ACCORDÉS » ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, Mondial Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE

Transport

Mondial Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.

Aide à domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Préparation du retour au Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

Transfert d'un proche au domicile du Bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

Transfert des enfants de moins de 15 ans et/ou des membres de la famille dépendants au Domicile d'un proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

Garde à Domicile des enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé au Domicile.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (**à l'exclusion des soins médicaux**).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des enfants de moins de 15 ans

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

Veille ou prise en charge des membres de la famille dépendants

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Portage des repas

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « Aide à Domicile ».

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse et DOM-ROM.

Garde à Domicile de l'enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

Fermeture du domicile quitté en urgence

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris, soit :

- à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 240 € TTC maximum par période d'immobilisation,
- chez un proche désigné par le Bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Conditions de mise en œuvre de cette prestation :

Cette Prestation peut être délivrée pendant l'Hospitalisation, à condition que la durée soit au moins égale à 2 nuitées. L'Hospitalisation doit être attestée par le bulletin d'Hospitalisation.

Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Bien-être à domicile : coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthéticienne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire,

y compris ceux réalisés à domicile.

8.4 Pour mieux nous comprendre

Affection de longue durée

Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Il existe trois catégories d'Affection de longue durée :

- les affections inscrites sur la liste fixée par l'article D 322-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- les affections dites "hors liste" : Maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste précédente, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- les polyopathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois.

Aidant

Bénéficiaire assuré majeur qui vient en aide à titre non professionnel à un Membre de la famille en état de Dépendance. L'aide apportée peut être permanente ou non, au Domicile du Membre de la famille aidé à condition qu'il soit situé en France, ou au Domicile de l'Aidant.

Vous (ou bénéficiaire)

Le terme « Bénéficiaire » se réfère indifféremment :

- à la personne physique assurée par le contrat d'assurance santé (le « Bénéficiaire assuré »),
- à son Conjoint,
- et/ou à ses Enfants.

Conjoint

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

Dépendance

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. Elle suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

Domicile

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

Enfants

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

France

France métropolitaine exclusivement, où se situe le Domicile.

Hébergement

Frais d'hôtel (petit déjeuner compris), **à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.**

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public, non programmé ou ne pouvant être reporté.

Une durée d'Hospitalisation peut être prévue au § 2 pour la délivrance de certaines prestations.

Sont exclus :

- les Hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les Hospitalisations à Domicile,
- les Hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.

Immobilisation à domicile

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin.

Une durée d'Immobilisation peut être prévue au § 2 pour la délivrance de certaines prestations.

Membre de la famille

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

Membre de la famille dépendant à charge

Membre de la famille fiscalement à charge du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré. La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

Prestataire

Prestataire de services professionnels référencé par Mondial Assistance.

Proche

Toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant sur le territoire où se situe le Domicile et désignée par le Bénéficiaire.

Transport

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2nde classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

8.5 Validité de la convention

Validité territoriale

Les prestations de la présente convention sont acquises uniquement sur le territoire du Domicile du Bénéficiaire ou du Domicile du Membre de la famille aidé.

Durée de validité

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat d'assurance santé et de l'accord liant Thélem assurances et AWP P&C pour la délivrance de ces prestations.

8.6 Responsabilité

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance 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, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Économie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, 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 venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès. Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention.

Elle ne sera pas tenue responsable :

- des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

8.7 Exclusions générales

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais engagés sans l'accord préalable de Mondial Assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou locales, du pays où le Bénéficiaire séjourne.
- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les événements survenus lors de la participation du Bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires,
- les conséquences :
 - la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des grèves, des prises d'otage, de la manipulation d'armes,
 - la consommation d'alcool par un Bénéficiaire et/ou l'absorption par un Bénéficiaire de médicaments, drogues et de toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrits médicalement,
 - la participation à tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires,
 - les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique),
- les entrées en dépendance antérieures à la date d'effet du contrat.

8.8 Modalités d'examen des réclamations

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées. En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante :

reclamation@votreassistance.fr

(ou envoyer un courrier à l'adresse :
AWP FRANCE SAS, Service Réclamations,
TSA 70002 – 93488 Saint Ouen Cedex.)

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais. Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mondial Assistance le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance
<http://www.mediation-assurance.org>

LMA
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

8.9 Compétence juridictionnelle

Mondial Assistance fait élection de domicile en son siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

8.10 Prescription

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

- **Article L114-1 du Code des assurances**

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

- **Article L114-2 du Code des assurances**

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

- **Article L114-3 du Code des assurances**

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

Information complémentaire :

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

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

8.11 Protection des données à caractère personnel

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

AWP P&C est responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le Bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr.

Le Bénéficiaire est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle il peut s'inscrire : <https://conso.bloctel.fr/>.

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au Bénéficiaire lors de la souscription du contrat.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

8.12 Autorité de contrôle

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09 - www.acpr.banque-france.fr

8.13 Loi applicable – Langue utilisée

La Convention est régie par la loi française.
La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.

8.14 Déclaration de confidentialité d'AWP P&C et AWP France SAS

La sécurité de vos données personnelles nous importe.

AWP P&C, entité d'Allianz Partners SAS, est une compagnie d'assurance agréée par l'**Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)**, proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

1. QUI EST LE RESPONSABLE DU TRAITEMENT DES DONNÉES ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. **AWP P&C** (« Nous », « Notre ») est responsable du traitement des données, tels que définis par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

2. QUELLES DONNÉES PERSONNELLES SONT COLLECTÉES ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrions être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.



En souscrivant le présent contrat, vous vous engagez à communiquer les informations figurant dans cette déclaration de confidentialité à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (ex. les autres assurés, les bénéficiaires, les tiers impliqués dans le sinistre, les personnes à prévenir en cas d'urgence, etc.), et vous acceptez de ne pas communiquer ces informations autrement.

3. COMMENT VOS DONNÉES PERSONNELLES SONT-ELLES COLLECTÉES ET TRAITÉES ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
<ul style="list-style-type: none"> Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'évènement garanti et du montant des indemnisations à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
<ul style="list-style-type: none"> Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et de l'améliorer. 	<ul style="list-style-type: none"> Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous contactant comme cela est expliqué dans la section 9 ci-dessous.
<ul style="list-style-type: none"> Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives). 	<ul style="list-style-type: none"> Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
<ul style="list-style-type: none"> À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes. 	<ul style="list-style-type: none"> Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par notre société mère, Allianz Partners SAS (7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France).
<ul style="list-style-type: none"> Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation. 	<ul style="list-style-type: none"> Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et votre consentement n'est plus requis.
<ul style="list-style-type: none"> Pour la gestion du recouvrement de créances. 	<ul style="list-style-type: none"> Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
<ul style="list-style-type: none"> Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre. 	<ul style="list-style-type: none"> Non. Il est entendu que la détection et la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.
<ul style="list-style-type: none"> Pour transférer les risques via une réassurance et une coassurance. 	<ul style="list-style-type: none"> Nous pouvons traiter et partager vos données à caractère personnel avec d'autres compagnies d'assurances ou de réassurances, avec lesquelles nous avons signé ou nous signerons des accords de coassurance ou de réassurance. La coassurance est la couverture du risque par plusieurs compagnies d'assurances au moyen d'un seul contrat, en assumant chacune un pourcentage du risque ou en répartissant les couvertures entre elles. La réassurance est la « sous-traitance » de la couverture d'une partie du risque à un réassureur tiers. Toutefois, il s'agit d'un accord interne entre nous et le réassureur et vous n'avez aucun lien contractuel direct avec ce dernier. Ces transferts de risques interviennent au titre des intérêts légitimes des compagnies d'assurances, qui sont même généralement expressément autorisés par la loi (y compris le partage des données à caractère personnel strictement nécessaires à cette finalité).

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial **Thélem assurances**.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

4. QUI PEUT ACCÉDER À VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Nous nous assurons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés de notre groupe réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés de notre groupe, consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, nous pourrions être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. OÙ SONT TRAITÉES VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend notre groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés de notre groupe. Vous pouvez prendre connaissance de ces règles internes d'entreprise et des pays concernés, en dehors de l'UE, en nous contactant comme indiqué dans la section 9. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.

6. QUELS SONT VOS DROITS CONCERNANT VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsable(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;

- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

7. COMMENT VOUS OPPOSER AU TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

8. COMBIEN DE TEMPS CONSERVERONS-NOUS VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Nous ne conserverons vos données à caractère personnel que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous nous vous communiquons quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section 3 ci-dessus.

- Pour une durée de deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance.
- En cas de sinistre – deux (2) ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – deux (2) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – deux (2) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, sachez que des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

9. COMMENT NOUS CONTACTER ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS
Département Protection des Données Personnelles
7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

10. À QUELLE FRÉQUENCE METTONS-NOUS À JOUR LA PRÉSENTE DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.

POUR ÊTRE REMBOURSÉ, C'EST TRÈS SIMPLE !



Si votre organisme obligatoire pratique les échanges informatiques avec le Département Santé Thélem assurances, **vous n'avez rien à faire** :

- Votre décompte **nous** parvient automatiquement.
- Sinon, adressez-**nous** le décompte.

Pour les **prestations** que **nous** couvrons mais que votre **régime obligatoire** ne prend pas en charge, les justificatifs (copie de la prescription médicale, factures originales des frais réellement engagés, etc...) doivent **nous** être transmis par courrier ou **par voie dématérialisée sur votre Espace assuré sécurisé**.

Pour plus de précisions, **vous** pouvez **vous** reporter au **§ 4.2** du présent document.

Lorsque **vous** correspondez avec notre Département Santé, utilisez l'enveloppe pré-adressée ou **la voie dématérialisée de votre Espace assuré sécurisé**.

Vous bénéficiez de **SERVICES TRÈS COMPLETS** (Réseau carte blanche, Service de Télémédecine). Pour plus de renseignements, contactez votre **conseiller** ou consultez votre **espace assuré**.

POUR LE SUIVI DE VOS REMBOURSEMENTS...

Pour toute question concernant vos remboursements ou les services du Département Santé, merci de **nous** joindre au :

09 77 40 06 99 (appel non surtaxé)

Ce numéro est accessible du lundi au vendredi, de **8h30 à 18h (sauf jours fériés)**.

Vous pouvez également **nous** contacter à l'adresse suivante :

**Thélem assurances - Département Santé - TSA 10005
41972 Blois cedex 9**

ou par l'intermédiaire de votre **Espace assuré sécurisé**.



Assistance

Vous voulez bénéficier des prestations d'assistance, composez-le :

01 40 25 16 16

Ce numéro est accessible **24 heures/24, 7 jours/7**.

Pour l'ensemble des prestations d'assistance, n'engagez pas de frais sans **nous** avoir contactés au préalable.

ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT

Votre situation familiale ou professionnelle évolue, **vous** souhaitez changer de formule, **vous** avez besoin de précisions sur votre contrat :

Contactez votre assureur conseil, vous serez accueilli, écouté et renseigné par un professionnel.



Le site internet Thélem assurances
www.thelem-assurances.fr



Twitter
[@Thelem_Officiel](https://twitter.com/Thelem_Officiel)



Facebook
www.facebook.com/thelem.assurances



LinkedIn
linkedin.com/company/thelem-assurances