

COMPLEMENTAIRE SANTE

CONDITIONS GENERALES

Formules
ESSENTIELLE
OPTIMALE

**Vous venez de souscrire un contrat d'assurance
auprès de notre compagnie.**

**Toutes nos équipes sont désormais à votre service
afin de vous satisfaire à tout moment de la vie de votre contrat.**

**Le présent document complète les Conditions Particulières
qui vous ont été remises à la souscription. La table des matières,
située à la dernière page, vous permettra de rechercher
plus aisément les éléments que vous désirez consulter.**

**N'hésitez pas à nous solliciter
si vous souhaitez d'autres informations
ou une assistance pour vos démarches.**

GENERALITES

COMPOSITION DE VOTRE CONTRAT

Il se compose :

- de vos Conditions Particulières ;
- des présentes Conditions Générales ;

L'OBJET DE VOTRE CONTRAT

Le contrat Complémentaire Santé vous assure le remboursement :

- des dépenses de santé en complément du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ;
- de certains frais décrits non pris en charge par le Régime Obligatoire.

Les ensembles de garanties sont choisis par vous selon les formules suivantes :

	ESSENTIELLE	OPTIMALE
FRAIS DE SÉJOUR	OUI	OUI
FORFAIT JOURNALIER	OUI	OUI
HONORAIRES D'HOSPITALISATION	OUI	OUI
CHAMBRE PARTICULIÈRE	OUI	OUI
LIT D'ACCOMPAGNANT	OUI	OUI
DÉPENSES PERSONNELLES D'HOSPITALISATION	OUI	
SOINS DENTAIRES		OUI
PROTHÈSE DENTAIRE		OUI
FORFAIT PROTHÈSE DENTAIRE		OUI
FRAIS D'OPTIQUE		OUI
FORFAIT FRAIS D'OPTIQUE		OUI
RADIOS ANALYSES		OUI
FRAIS DE REMISE À NIVEAU SCOLAIRE	OUI	OUI
INDIVIDUELLE ATTENTAT - AGRESSION	OUI	OUI
PROTECTION JURIDIQUE	OUI	OUI
PROTECTION JURIDIQUE ETENDUE	OUI	OUI
ASSISTANCE SANTÉ	OUI	OUI

Votre choix, ainsi que les remboursements ou montants associés à chacune des garanties et couvertures souscrites, sont mentionnés sur vos Conditions Particulières.

DEFINITIONS CONTRACTUELLES

Vous :

le souscripteur du contrat désigné dans les Conditions Particulières ou toute autre personne qui lui serait substituée avec notre accord ou du fait du décès du souscripteur précédent.

Nous :

- CARMA - SA au capital de 23 270 000€- RCS Evry 330 598 616,
- DEFENSE ORLEANAISE, Société de Protection Juridique au capital de 1 500 000€ pour la garantie «Protection Juridique Etendue» - RCS Evry 085 580 728, entreprises régies par le Code des Assurances, sises 6 rue du Marquis de Raies, 91008 Evry Cedex.

Accident : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Acte médical : tout événement médical dont la codification figure à la Classification Commune des Actes Médicaux.

Année d'assurance : période comprise entre deux échéances principales consécutives.

Assuré : personne physique désignée comme telle aux Conditions Particulières, bénéficiaire des garanties et prestations de ce contrat.

Attentat - Agression : violences, tentative de meurtre ou acte de terrorisme, dûment prouvés et occasionnant une atteinte à l'intégrité physique de l'assuré.

Avenant : acte qui constate un nouvel accord intervenu en cours de contrat. Il obéit aux mêmes règles que le contrat lui-même.

Certificat médical : document délivré par l'autorité médicale décrivant l'état et la gravité des blessures, la durée de l'hospitalisation et de l'interruption des activités professionnelles, l'état de consolidation ou de guérison avec ou sans invalidité.

Code des Assurances : sous ce titre sont regroupés les lois et arrêtés qui régissent l'assurance. Lorsque nous vous indiquons une référence d'article sans autre précision, ce dernier relève de ce Code.

Conjoint : votre conjoint non séparé de corps ou la personne vivant maritalement avec vous lorsqu'elle est domiciliée à la même adresse que vous.

Déchéance : perte pour l'assuré du droit à indemnisation à la suite d'un sinistre, le contrat d'assurance continuant à conserver ses effets pour l'avenir.

Délai de carence : période pendant laquelle les frais exposés ne sont pas remboursés.

Les délais de carence pouvant s'appliquer sont mentionnés sur vos Conditions Particulières.

Dommages corporels : toute atteinte corporelle subie par une personne physique.

Echéance :

- **principale :** date à laquelle commence une année d'assurance ;
- **de fractionnement :** dates auxquelles doivent être payées les fractions de cotisation ; par exemple tous les mois.

Indemnité : somme que nous versons pour compenser le préjudice ou rembourser les dépenses résultant d'un événement garanti, dans la limite de nos engagements contractuels.

Intervention chirurgicale : tout acte codifié comme tel à la Classification Commune des Actes Médicaux.

Invalidité permanente : état physiologique dans lequel l'assuré se trouve, après stabilisation de son état de santé ou consolidation de ses blessures, lorsque sa capacité fonctionnelle, physique ou mentale est réduite. Son appréciation résulte d'une expertise médicale.

Hospitalisation : séjour effectué en qualité de patient dans un département médical ou chirurgical d'un établissement public ou privé, agréé par la Sécurité Sociale.

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

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

Prescription : date, période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable. Une simple Lettre Recommandée avec Accusé de Réception interrompt la prescription.

Sinistre : événement pouvant entraîner l'application d'une ou plusieurs garanties du contrat. Constituent un seul et même sinistre les réclamations amiables ou judiciaires ayant pour origine un même événement.

Souscripteur : le preneur d'assurance, c'est à dire le signataire du contrat qui s'engage notamment à payer les cotisations.

Tarif opposable, ou Tarif de Responsabilité : tarif officiel d'un acte de soin, fixé par convention entre la profession concernée et l'Assurance Maladie, sur la base duquel est établie la part prise en charge par la Sécurité Sociale.

— AUTRES DISPOSITIONS —

Adresse de l'organisme chargé du contrôle des Sociétés d'Assurances ayant leur siège en France :

Autorité de Contrôle Prudentiel
61, rue Taitbout
75436 PARIS Cedex 9

LA VIE DU CONTRAT

EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le contrat est un accord des parties qui devient parfait dès qu'elles l'ont signé.

Nous pouvons dès ce moment en poursuivre l'exécution, mais les garanties ne produisent leurs effets qu'après paiement de la première cotisation et au plus tôt aux date et heure indiquées aux Conditions Particulières.

La date d'effet de votre contrat peut être postérieure à sa date de signature.

Votre contrat est conclu pour la durée fixée aux Conditions Particulières. Il se reconduit d'année en année si aucune des parties n'a fait connaître à l'autre son intention d'y mettre fin.

RESILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié dans les cas exposés dans le tableau ci-dessous :

MOTIF DE LA RESILIATION	article du code	date de signification de la résiliation	date d'effet de la résiliation
PAR VOUS UNIQUEMENT			
A l'échéance principale.	L 113-12	Selon le préavis de deux mois avant la date d'échéance principale figurant sur vos Conditions Particulières.	A la date de l'échéance principale.
En cas de : - changement de domicile, - changement de situation matrimoniale, - changement de régime matrimonial, - changement de profession, - retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.	L 113-16	Dans les 3 mois suivant la date de survenance de l'événement.	1 mois après réception de la notification.
Si nous avons résilié un de vos contrats après sinistre.	R 113-10	Dans le mois qui suit la notification de notre décision.	1 mois après l'envoi de votre lettre de résiliation.
En cas de décès du souscripteur, les autres personnes assurées peuvent résilier le contrat.		Dans un délai de 3 mois suivant le décès.	Date d'envoi de la lettre de résiliation
PAR NOUS UNIQUEMENT			
En cas de non paiement des cotisations	L 113-3	(voir les modalités p 7)	
En cas de modification du risque et de refus de votre part du nouveau tarif que nous pouvons vous proposer.	L 113-4	Dès que nous avons eu connaissance de la modification.	30 jours à compter de la date à laquelle nous vous avons proposé le nouveau tarif.
En cas de modification du risque telle que si l'élément nouveau avait existé lors de la souscription nous aurions refusé le risque.			10 jours après l'envoi de la lettre de résiliation.
En cas de changement de situation au regard du Régime Obligatoire.		Dès que nous avons eu connaissance du changement de situation.	10 jours après l'envoi de la lettre de résiliation.
En cas d'omission ou d'inexactitude dans vos déclarations, bases de notre accord, à la souscription ou en cours de contrat.	L 113-9	Dès que nous en avons eu connaissance et avant tout sinistre.	10 jours après l'envoi de la lettre de résiliation.
DE PLEIN DROIT			
En cas de retrait total de notre agrément par l'Autorité de Contrôle Prudenciel.	L 326-12	Sans objet	40 jours après la publication de l'arrêté au journal officiel.

En cas de résiliation, nous remboursons la portion de cotisation qui ne correspond plus à une période d'assurance, sauf en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation.

■ PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à dix ans dès lors que le bénéficiaire de l'indemnité est un ayant droit de l'assuré décédé suite à un sinistre garanti (article L.114-1).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption, la désignation d'un expert, l'envoi d'une Lettre Recommandée avec Accusé Réception (par l'assureur pour le paiement de la cotisation, par l'assuré pour le règlement de l'indemnité), une citation en justice (même en référé), un commandement ou saisie signifiés à l'assureur (article L.114-2).

■ TERRITORIALITE

Les garanties produisent leurs effets dans le monde entier, **sous réserve que vos séjours en dehors du territoire français métropolitain ne dépassent pas, par année civile, trois mois en une ou plusieurs périodes.**

■ SERVICE CONSOMMATEURS

Nous mettons à votre disposition un service destiné à régler tout désaccord pouvant survenir à l'occasion d'une action résultant du présent contrat.

Vous avez la possibilité de saisir ce service en écrivant à :

CARMA
SERVICE CONSOMMATEURS
CP 8004
91008 EVRY Cedex

Si malgré son intervention il subsiste un désaccord, il vous sera possible de saisir le Médiateur. Sur demande, le Service Consommateurs vous communiquera toute information pratique, pour exercer cette saisine.

DECLARATIONS - COTISATIONS

VOS DECLARATIONS

Les déclarations que vous avez faites en réponse au questionnaire qui vous a été soumis à la souscription, sont reproduites aux Conditions Particulières. Il est essentiel que ces déclarations soient exactes.

A LA SOUSCRIPTION ET EN COURS DE CONTRAT

Elles nous permettent de fixer votre cotisation et les conditions auxquelles nos garanties vous sont accordées. Vous devez donc nous signaler tout changement affectant, en cours de contrat, un des éléments figurant dans vos Conditions Particulières.

Vous devez nous en informer dans les quinze jours qui suivent la date à laquelle vous en avez eu connaissance.

CONSEQUENCES

En cas de réticence ou de fausse(s) déclaration(s) de votre part, même si elle a été sans influence sur le sinistre, nous pourrions appliquer les sanctions suivantes :

- **la nullité du contrat, si votre mauvaise foi est établie.** C'est à nous qu'il incombe d'en apporter la preuve. **Dans ce cas, le contrat est réputé n'avoir jamais existé. Toutefois, les cotisations payées nous demeurent acquises et nous avons droit au paiement des cotisations échues à titre de dommages et intérêts (article L.113-8). D'autre part, vous devez nous rembourser les indemnités que nous avons pu payer à la suite de sinistres ;**
- **ou une réduction proportionnelle des indemnités** si vous êtes de bonne foi.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre nous pouvons :

- **soit maintenir le contrat en vigueur en vous demandant d'acquitter le supplément de cotisation rendu nécessaire. Le tarif pris pour base de cette modification est selon le cas celui applicable soit lors de la souscription, soit au jour de l'aggravation du risque, ou si celui-ci ne peut être déterminé, lors de la dernière échéance précédant le sinistre (article L.113-9) ;**
- **soit résilier le contrat si la situation dont nous venons d'avoir connaissance ne permet pas de le maintenir.**

Si la constatation a lieu après un sinistre, nous devons appliquer une réduction proportionnelle des indemnités. Dans ce cas, les indemnités dues sont réduites en proportion du taux de la cotisation qui aurait été due si le risque avait été complètement et exactement déclaré (article L.113-9).

— LA COTISATION

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations se payent d'avance, aux dates indiquées aux Conditions Particulières, au domicile de notre représentant qualifié. Aux cotisations s'ajoutent les frais accessoires et les taxes en vigueur.

Le paiement fractionné, étant une facilité de règlement, il ne fait pas obstacle à l'exigibilité de la totalité de la cotisation due jusqu'à l'échéance principale.

CONSEQUENCES

A défaut du paiement d'une cotisation, ou d'une fraction de cotisation, dans les **10 jours** de son échéance, nous pouvons suspendre la garantie **30 jours** après l'envoi d'une lettre recommandée adressée au souscripteur à son dernier domicile connu.

Cette lettre recommandée indiquera qu'elle est envoyée à titre de mise en demeure, rappellera le montant et la date d'échéance de la cotisation, ou de la fraction de cotisation, et reproduira l'article **L. 113-3**.

La suspension de garantie pour non-paiement ne dispense pas le souscripteur de l'obligation de payer les cotisations à leur échéance.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension de 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 dispenser le souscripteur de l'obligation de payer les fractions de cotisation exigibles à leur échéance.

Nous avons le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours mentionné ci-dessus.

Le contrat non résilié reprend ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payés les arriérés de cotisation ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que les frais pour impayé.

Le versement du «mois d'engagement» à la souscription du contrat, ne fait pas obstacle à l'application des dispositions ci-dessus.

— ACTUALISATION —

Votre cotisation peut être modifiée pour des motifs de caractère technique ou réglementaire à compter de la première échéance annuelle.

Si le barème des cotisations est modifié pour des motifs d'ordre législatif ou réglementaire portant sur la nature ou l'étendue des garanties de votre contrat, votre nouvelle cotisation est applicable à compter de la première échéance de fractionnement rencontrée.

Si votre cotisation vient à être majorée, vous pouvez résilier votre contrat dans les 15 jours suivant celui où vous avez eu connaissance de la majoration, sauf si cette dernière résulte d'un changement de tranche d'âge ou législatif.

La résiliation prend effet un mois après la date d'expédition de votre lettre recommandée ou de la notification auprès de l'un de nos représentants qualifiés. Vous demeurez néanmoins redevable d'une portion de cotisation calculée d'après le tarif précédemment en vigueur et correspondant à la période de garantie.

A tout moment, vous pouvez demander communication du tarif par tranche d'âge applicable au contrat. Cette demande peut être exprimée auprès de notre représentant qualifié ou auprès du Service Consommateurs.

VOS GARANTIES

LE FONCTIONNEMENT DES GARANTIES

Seuls les frais ayant fait l'objet d'un règlement au titre de votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie peuvent donner lieu à intervention au titre des garanties décrites ci-après.

Pour les garanties exprimées en pourcentage dans vos Conditions Particulières, le remboursement correspond à la différence entre :

- la base de remboursement : vos frais réels plafonnés au tarif opposable, ou de responsabilité, affectés du taux figurant sur les Conditions Particulières pour la garantie concernée ;
- et la participation de votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

Praticiens ou établissements non conventionnés

Pour les praticiens non conventionnés, le tarif opposable est pris en référence pour le calcul de la base de remboursement et le calcul des prestations du Régime Obligatoire.

En cas d'hospitalisation dans un établissement non conventionné, le tarif opposable retenu pour calculer la base de remboursement est majoré de 25%.

Les frais relatifs au «forfait journalier», «chambre particulière» et «lit d'accompagnant», non pris en charge par votre Régime Obligatoire, sont également couverts à concurrence des montants journaliers indiqués aux Conditions Particulières.

Des garanties complémentaires et Protection Juridique ainsi que des prestations d'Assistance complètent, si elles ont été souscrites, votre Complémentaire Santé, **à concurrence des montants indiqués au contrat.**

L'ensemble des remboursements accordés par votre Régime Obligatoire et/ou votre contrat d'assurance Complémentaire Santé est toujours limité aux frais justifiés réellement engagés par les personnes assurées.

L'HOSPITALISATION ET L'INTERVENTION CHIRURGICALE

FRAIS DE SEJOUR

Cette garantie assure le remboursement :

- du prix de journée facturé par l'établissement ;
- des frais de salle d'opération ou d'accouchement ;
- de la pharmacie et des produits sanguins ;
- des frais de grand appareillage et de prothèse interne ;
- des frais de transport médical (aller et retour domicile - établissement en vue d'une hospitalisation ou d'une intervention chirurgicale, ou transfert entre établissements) ;
- des frais engagés au titre d'une hospitalisation à domicile définie comme telle par le contrôle médical du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

CE QUI N'EST PAS GARANTI

Nous ne remboursons pas :

- **tous les frais facturés par les établissements ou secteurs d'établissements pour lesquels le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ne prend pas en charge les frais d'hébergement ;**
- **les frais de chambre particulière** (ils sont couverts, le cas échéant, par la garantie Chambre Particulière).

FORFAIT JOURNALIER

Cette garantie assure le remboursement du forfait journalier institué par la loi du 19 janvier 1983 **pendant une durée maximum de 12 mois consécutifs par hospitalisation.**

Toutefois, pour les séjours effectués en établissement ou secteur d'établissement psychiatrique, le versement du forfait journalier est limité à 12 mois pour toute l'existence du contrat, quels que soient le nombre et la durée des hospitalisations.

HONORAIRES D'HOSPITALISATION

Cette garantie assure le remboursement des honoraires des soins dispensés pendant l'hospitalisation ou au cours de l'intervention chirurgicale.

— CHAMBRE PARTICULIERE —

Cette garantie assure à chaque hospitalisation pour laquelle les frais d'hébergement sont pris en charge par le Régime Obligatoire, le remboursement du supplément de frais de chambre particulière occupée pour convenance personnelle, **pendant une durée maximum de 12 mois consécutifs par hospitalisation.**

Toutefois, pour les séjours effectués en établissement ou secteur d'établissement psychiatrique, le versement des frais de Chambre Particulière est limité à 12 mois pour toute l'existence du contrat, quels que soient le nombre et la durée des hospitalisations.

— LIT D'ACCOMPAGNANT —

Cette garantie assure à chaque hospitalisation entrant dans le cadre de la garantie «Frais de Séjour - Forfait Journalier», le remboursement des frais de lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant garanti par le présent contrat.

Celui-ci doit être âgé de moins de 12 ans à la date d'hospitalisation.

Le remboursement est effectué sur présentation de la facture de l'établissement hospitalier.

Il est limité aux frais réels supportés et ne peut dépasser par jour le montant maximum indiqué aux Conditions Particulières.

— DEPENSES PERSONNELLES D'HOSPITALISATION —

Si vous disposez d'une formule Essentielle, cette garantie assure le paiement d'une indemnité forfaitaire en cas d'hospitalisation dans un département chirurgical ou médical d'un établissement public ou privé agréé par la Sécurité Sociale **lorsque les frais d'hébergement sont pris en charge par le Régime Obligatoire.**

Le montant journalier de l'indemnité figure aux Conditions Particulières.

Cette indemnité n'est jamais accordée pour les trois premiers jours de chaque hospitalisation. Elle est versée au maximum pendant 90 jours par assuré et par année d'assurance.

CE QUI N'EST PAS GARANTI

- le versement d'indemnités aux bénéficiaires âgés de 65 ans et plus à la date de l'hospitalisation ;
- les séjours en :
 - établissement ou secteur d'établissement psychiatrique,
 - institut médico-pédagogique ou professionnel,
 - maison de repos ou convalescence,
 - maison ou colonie sanitaire,
 - hospitalisation à domicile ;
- les hospitalisations dans un secteur de convalescence, de moyen ou long séjour.

LES PROTHESES DENTAIRES, L'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE OU ORTHODONTIE ET L'OPTIQUE

— SOINS DENTAIRES

Cette garantie assure le remboursement des honoraires des soins dentaires.

Les consultations et visites ne sont pas garanties.

— PROTHESE DENTAIRE

Cette garantie assure le remboursement des frais de prothèse dentaire et d'orthopédie dento-faciale ou orthodontie.

— FORFAIT PROTHESE DENTAIRE

Cette garantie assure le versement d'un forfait dont le montant est précisé aux Conditions Particulières, **dans la limite des frais réels, au maximum une fois par année d'assurance et par assuré.**

Ce forfait vient en complément de la garantie «Prothèse Dentaire» prévue ci-avant.

— FRAIS D'OPTIQUE

Cette garantie assure le remboursement des frais de monture, de verres et de lentilles de contact.

— FORFAIT FRAIS D'OPTIQUE

Cette garantie assure le versement d'un forfait dont le montant est précisé aux Conditions Particulières, **dans la limite des frais réels, au maximum une fois par année d'assurance et par assuré.**

Ce forfait vient en complément de la garantie «Frais d'Optique» prévue ci-avant.

HORS HOSPITALISATION

— RADIOS ANALYSES —

Cette garantie assure le remboursement des frais de radiodiagnostic, de scanner, d'imagerie par résonance magnétique nucléaire ainsi que les frais d'analyses, d'examens et d'actes de prélèvement **effectués en laboratoire.**

LES GARANTIES COMPLEMENTAIRES

FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE

Suite à maladie ou accident d'un enfant assuré de moins de 18 ans.

Cette garantie rembourse, **une fois par année d'assurance et pour tout arrêt de scolarité supérieur à 20 jours consécutifs (hors vacances scolaires)**, les frais de remise à niveau scolaire dans la limite d'un forfait journalier indiqué aux Conditions Particulières, et ce, **pendant une période maximum de 40 jours.**

Le remboursement effectué ne pourra dépasser les frais réellement engagés.

Ce forfait sera versé sur présentation des justificatifs :

- arrêt de scolarité établi par l'établissement fréquenté par l'enfant assuré ;
- frais de cours de remise à niveau dispensés.

INDIVIDUELLE ATTENTAT ET AGRESSION

Cette garantie a pour objet de verser à l'assuré ou à ses ayants-droit une indemnité en cas de décès ou d'invalidité permanente résultant d'un acte de terrorisme, d'un attentat ou d'une agression **survenus sur le territoire national français uniquement.**

Invalidité Permanente En cas d'événement garanti, nous versons une indemnité, proportionnelle au montant indiqué sur vos Conditions Particulières, selon le pourcentage d'invalidité permanente établi par référence au Concours Médical, **sous réserve que ce pourcentage d'invalidité retenu dépasse 66 %.**

En aucun cas, le préjudice esthétique, le préjudice de la douleur ou l'incidence professionnelle ne sont considérés comme relevant d'une invalidité permanente.

Décès En cas d'événement garanti entraînant le décès de l'assuré immédiatement ou dans un délai d'un an à compter de sa date de survenance, nous versons une indemnité représentant les frais d'obsèques et le préjudice économique subi par le(s) bénéficiaire(s) et résultant du décès de l'assuré **à concurrence du montant prévu aux Conditions Particulières du contrat.**

En aucun cas l'indemnité due en cas de décès ne peut se cumuler avec celle due en cas d'invalidité. Si le décès, quoique survenant dans le délai d'un an à compter de l'accident se produit après qu'un règlement ait été déjà effectué au titre de l'invalidité permanente, il ne sera dû au(x) bénéficiaire(s) que la différence entre la somme versée à ce titre et le montant éventuellement dû au titre de la garantie Décès.

L'indemnité due sera versée en cas d'invalidité à l'assuré ou, en cas de décès, au(x) bénéficiaire(s) dans l'ordre suivant :

- le conjoint survivant non séparé de corps, ni divorcé de l'assuré ;
- à défaut les enfants nés et à naître de l'assuré ;
- à défaut les héritiers de l'assuré.

LES GARANTIES DE PROTECTION JURIDIQUE

— PROTECTION JURIDIQUE —

Les sinistres «Protection Juridique» sont gérés dans un service spécialisé distinct des autres services sinistres.

Cette garantie vous permet de bénéficier de nos services juridiques spécialisés pour obtenir à l'amiable, ou judiciairement, la réparation pécuniaire d'un dommage corporel dont l'une des personnes assurées est victime consécutivement à un accident de la circulation en qualité de passager ou conducteur autorisé d'un véhicule terrestre à moteur, **dans le cadre de sa seule vie privée.**

Les sinistres survenus alors que le véhicule terrestre à moteur est assuré par CARMA ne sont pas pris en charge au titre de cette garantie.

(Le contrat Protection Juridique du contrat automobile concerné pourra être mis en œuvre.)

— PROTECTION JURIDIQUE ETENDUE —

Les sinistres pris en charge au titre de cette garantie sont gérés par la société Défense Orléanaise.

Cette garantie vous permet de bénéficier des services juridiques spécialisés de la Défense Orléanaise pour obtenir à l'amiable ou judiciairement la réparation pécuniaire d'un dommage corporel, subi par l'une des personnes assurées, consécutif à :

- une maladie professionnelle ;
- une pollution industrielle ;
- une intervention chirurgicale ;
- un acte médical ou une prestation pharmaceutique ;
- une agression ou un acte de terrorisme.

La garantie peut être mise en œuvre **dès lors que votre réclamation excède 152 €.**

— DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES DE PROTECTION JURIDIQUE —

Dans le cas d'un litige garanti, nous prenons en charge à **concurrence maximale de 12 000 €**, les frais et honoraires d'enquête, d'experts, d'avocats et frais judiciaires.

La garantie est limitée à 16 000 € pour tous les sinistres déclarés ou trouvant leur origine dans une même année d'assurance.

Cette garantie comporte une franchise de 76 € (par événement et par bénéficiaire demandant la mise en jeu des garanties) sur les frais et honoraires versés, lorsque l'assuré est demandeur à l'action judiciaire et quel que soit le résultat de cette dernière.

Il est précisé que lorsque les personnes assurées s'opposent dans un même litige garanti, le montant de la garantie se divise par parts égales entre le nombre d'assurés ayant des intérêts divergents.

Lorsqu'il est fait appel à un avocat ou à toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour défendre, représenter ou servir vos intérêts, vous avez la possibilité de le choisir. Vous conservez cette liberté de choix en cas de conflit d'intérêt entre vous et nous. Vous pouvez également, si vous n'avez pas connaissance d'un avocat susceptible d'assurer la défense de vos intérêts, choisir l'avocat dont nous vous aurons – à votre demande écrite – communiqué les coordonnées. (Article L127-3).

Nous prenons en charge les honoraires et les frais engagés par l'assuré, sur présentation de justificatifs des sommes versées, accompagnés de la décision rendue ou du protocole de transaction signé par les parties au litige, **dans les limites TTC ci-après :**

■ Assistance à une mesure d'instruction ou devant une commission administrative	260 € par intervention
■ Juridiction statuant en référé, en matière gracieuse sur requête	310 € par ordonnance
■ Tribunal de Police (sauf 5 ^e classe)	305 € par affaire
■ Tribunal de Police avec constitution de partie civile de l'Assuré* et 5 ^e classe ; Tribunal d'Instance	570 € par affaire
■ Tribunal Correctionnel ; Tribunal de Grande Instance ; Tribunal Administratif ; Tribunal de Commerce ; Conseil des Prud'hommes ; Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale ; Tribunal paritaire des baux ruraux	600 € par affaire
■ Appel	700 € par affaire
■ Cour de Cassation et Conseil d'Etat	1 550 € par pourvoi ou recours
■ Transaction amiable menée à son terme par l'intermédiaire d'un avocat et ayant abouti à un protocole signé par les parties	610 € par affaire

Les limites indiquées comprennent les frais divers (déplacements, secrétariat, photocopies...), **ainsi que les impôts et taxes.**

Toute somme obtenue en remboursement des frais et des honoraires exposés pour le règlement du litige bénéficie par priorité à l'assuré pour les dépenses restées à sa charge et, subsidiairement, à l'assureur, dans la limite des sommes qu'il a engagées (article L127-8).

DESACCORD ENTRE ASSURE ET ASSUREUR (ARBITRAGE) - article L127-4

Lorsque vous n'êtes pas d'accord avec nous sur les mesures à prendre pour régler un différend, la difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne. Celle-ci doit être désignée d'un commun accord par les parties. A défaut d'accord sur le choix de la tierce personne, le différend sera soumis au Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé.

Les frais exposés pour cette conciliation sont à notre charge.

Toutefois, si le président du Tribunal de Grande Instance estime que vous avez engagé une procédure injustifiée, il peut décider d'une répartition différente de ces frais.

CE QUI N'EST PAS GARANTI

Outre les exclusions générales, nous ne garantissons pas :

- **les consultations et les actes de procédure réalisés avant la déclaration du sinistre, sauf si vous pouvez justifier d'une urgence à les avoir demandés (article L127-2-2) ;**
- **les litiges ne reposant pas sur des bases juridiques avérées ;**
- **les amendes civiles et les condamnations au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, 475-1 du Code de Procédure Pénale et L. 8-1 du Code des Tribunaux Administratifs et des Cours d'Appel Administratives ;**
- **les litiges ayant pour origine la pratique d'un sport professionnel ou rémunéré.**

LES GARANTIES ASSISTANCE

LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE SONT ACQUISES EXCLUSIVEMENT
APRES APPEL TELEPHONIQUE AUPRES DE CARMA ASSISTANCE AU :

01 45 166 566

EN CAS D'ACCIDENT OU MALADIE A DOMICILE

— LIVRAISON DE MEDICAMENTS INDISPENSABLES —

Cette garantie a pour objet la livraison de médicaments indispensables en cas de maladie ou d'un accident survenu au domicile, si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat urgent de médicaments indispensables, l'assuré n'est pas en mesure de se déplacer. Nous faisons le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au domicile de l'assuré ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.

Nous avançons le coût de ces médicaments, que l'assuré devra rembourser au moment même où ceux-ci lui seront apportés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge.

EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN DES PARENTS ASSURES

— GARDE D'ENFANTS OU DEPLACEMENT D'UNE PERSONNE —

Cette garantie assure la garde d'enfants ou le déplacement d'une personne, pendant l'hospitalisation de l'assuré **de plus d'une journée**. Selon votre choix, nous :

- organisons de 7 h à 19 h (sauf dimanches et jours fériés) la garde de vos enfants à charge de **moins de 15 ans** dans la limite des disponibilités locales et prenons en charge les frais occasionnés **pendant 2 jours consécutifs maximum** ;

ou

- mettons à la disposition d'une personne désignée par l'un des parents assurés un billet aller retour d'avion classe touriste ou de train première classe, afin qu'elle se rende au domicile de l'assuré pour effectuer la garde des enfants.

Dès lors qu'une prestation a fait l'objet d'un commencement d'exécution, votre choix sera considéré comme définitif.

— TRANSFERT DES ENFANTS EN FRANCE METROPOLITAINE —

Si l'hospitalisation d'un des parents assurés **dépasse 2 jours**, nous organisons et prenons en charge, selon votre choix :

- le transfert aller et retour de vos enfants à charge de **moins de 15 ans** chez une personne désignée, résidant en France métropolitaine, par l'un des parents assurés. L'accompagnement des enfants est effectué par un correspondant de CARMA ASSISTANCE ou par un proche désigné par l'un des parents assurés.

Lorsque l'accompagnement est effectué par un proche, CARMA ASSISTANCE met à la disposition de celui-ci un billet aller et retour d'avion classe touriste ou de train première classe pour assurer cet accompagnement, à l'exclusion de tout autre frais ;

ou

- le transport d'une personne désignée par l'un des parents assurés et résidant en France Métropolitaine, afin qu'elle vienne au domicile de l'assuré pour effectuer la garde des enfants.

Dès lors qu'une prestation a fait l'objet d'un commencement d'exécution, votre choix sera considéré comme définitif.

— AIDE MENAGERE A DOMICILE

Pendant, ou à la suite immédiate d'une hospitalisation d'un assuré de **plus de 2 jours**, nous recherchons et prenons en charge, dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère **pendant 8 heures maximum** en continu ou fractionnées avec **un minimum de 2 heures** consécutives réparties sur une semaine.

Cette assistance fonctionne du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8 heures à 19 heures.

EN CAS DE MALADIE OU D'HOSPITALISATION D'UN DES ENFANTS ASSURES

— GARDE DE L'ENFANT MALADE

Nous recherchons et envoyons au domicile de l'assuré un garde malade auprès de son ou ses enfants à charge, malades ou blessés de **moins de 15 ans**.

Cette garde est effectuée et prise en charge pendant l'absence pour raison professionnelle d'un ou des parents à concurrence de **12 heures par jour** pendant **3 jours consécutifs**.

— GARDE AU DOMICILE DE L'ENFANT

Au cas où l'assuré serait hospitalisé à la suite d'un accident ou d'une maladie imprévisible, ou suite à la maladie, l'accident ou l'hospitalisation de l'assistante maternelle employée et déclarée par l'assuré, la garde de ses enfants bien portants de **moins de 15 ans** serait assurée dans les mêmes conditions qu'au paragraphe ci-dessus.

— ECOLE CONTINUE

Nous pouvons, selon vos souhaits, soit organiser et prendre en charge l'aide pédagogique, au titre de la présente garantie, soit vous indemniser au titre de la garantie «Frais de Remise à Niveau Scolaire». Dès lors qu'une garantie a fait l'objet d'un commencement d'exécution, votre choix sera considéré comme définitif.

Cette garantie permet à votre enfant, scolarisé du cours préparatoire à la terminale, de bénéficier d'une aide pédagogique en cas de maladie ou d'accident entraînant son immobilisation à domicile constatée par certificat médical et **entraînant une absence de plus de 14 jours consécutifs de cours**.

CARMA Assistance organise et prend en charge l'envoi, au domicile de l'enfant, d'un répétiteur scolaire habilité à délivrer des cours particuliers du niveau de la classe de l'enfant dans les matières suivantes : langues étrangères (des états de l'Union Européenne), français, physique/chimie, technologie, mathématiques, histoire, géographie, biologie.

A partir du 15ème jour d'absence et **jusqu'à trois mois maximum** pendant la durée effective de l'année scolaire, hors vacances scolaires, samedis, dimanches et jours fériés, les cours sont délivrés à concurrence de 15 heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables à raison de 3 heures de cours minimum par jour. La garantie cesse dès la reprise de la scolarité.

Le bénéfice de cette garantie peut être accordé au plus une fois par an et par enfant.

— TRANSFERT A L'HOPITAL ET RETOUR AU DOMICILE —

En cas d'aggravation de l'état de santé de l'enfant à son domicile, ou en cas d'accident survenu au domicile et si après intervention des premiers secours et/ou du médecin traitant, l'enfant ne peut être soigné sur place, nous organisons et prenons en charge le transport par ambulance de l'enfant de son domicile à l'hôpital le plus proche et situé dans un rayon de 50 km du domicile, **sur prescription médicale**.

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

Dans les deux cas, la prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements éventuels obtenus par l'assuré (ou ses ayants-droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié.

En conséquence, l'assuré s'engage à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès de ces organismes et à verser à CARMA ASSISTANCE toutes sommes perçues par lui à ce titre lorsque l'avance des frais lui aura été accordée.

— PRESENCE D'UN PROCHE PARENT —

A l'issue de la prestation du garde malade préalablement missionné et pour permettre à l'assuré de poursuivre son activité, nous organisons et prenons en charge le transport aller retour d'un proche parent désigné par l'un des parents assurés, pour venir au chevet de l'enfant malade.

Cette prestation n'est organisée et prise en charge qu'au départ et qu'à destination de la **France Métropolitaine**.

Les services ci-dessus « En cas de maladie ou d'hospitalisation d'un des enfants assurés » ne fonctionnent pas :

- de 19h30 le soir à 7h30 le matin ;
- le dimanche et les jours fériés ;
- pendant les repos hebdomadaires et les congés légaux de l'assistante maternelle des enfants de l'assuré ;
- pendant la présence au domicile d'un membre majeur de la famille.

Ces garanties s'appliquent sous réserve que l'enfant ait reçu la visite préalable d'un médecin.

Le personnel intervenant n'est pas compétent pour dispenser des soins autres que ceux généralement apportés par l'entourage familial de l'enfant. Tout acte médical sera effectué sous le contrôle et la responsabilité du médecin prescripteur.

Les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile ne donnent pas lieu aux prestations d'assistance aux enfants malades ou hospitalisés.

CARMA ASSISTANCE se réserve le droit d'utiliser un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer le garde malade.

Ce service n'est pas conçu pour les convenances personnelles des assurés.

Toute fraude, falsification ou faux témoignage entraîne automatiquement la nullité de cette garantie.

— CONDITIONS MEDICALES ET ADMINISTRATIVES DE L'ASSISTANCE —

CARMA ASSISTANCE se réserve le droit de demander un certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès d'un enfant malade ou blessé, bénéficiaire d'une garantie de la présente convention. De même, CARMA ASSISTANCE se réserve le droit d'effectuer, préalablement au missionnement de garde d'enfants, un contact médical ou de demander à l'assuré un certificat médical, justifiant le caractère imprévisible de son hospitalisation ou la maladie de la nourrice employée ainsi que son statut d'assistante maternelle.

L'assuré devra impérativement communiquer à la personne intervenant sur place et à CARMA ASSISTANCE les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte que les services d'assistance ou le garde malade puissent, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. D'autre part, l'assuré s'engage à communiquer au garde malade et à CARMA ASSISTANCE les coordonnées des services d'urgence locaux.

Les frais de nourriture et de soins de l'enfant restent à la charge de l'assuré.

Le garde malade prendra et quittera ses fonctions en présence d'un membre de la famille.

CE QUI N'EST PAS GARANTI

Outre les exclusions générales :

- **l'invalidité permanente ;**
- **les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, de l'absorption d'alcool ;**
- **les conséquences de tentative de suicide ;**
- **les hospitalisations prévisibles ;**
- **les maladies chroniques.**

CARMA ASSISTANCE ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

CARMA ASSISTANCE ne sera pas tenu responsable des manquements et contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure tels que guerre civile ou étrangère, révolution, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques (tempêtes, ouragans, etc...).

CARMA ASSISTANCE ne sera pas tenu d'intervenir dans le cas où l'assuré aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur dans les pays traversés par lui.

Les événements survenus du fait de la participation de l'assuré en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes et à leurs essais préparatoires sont exclus du présent contrat.

IMPORTANT

Les garanties étant du ressort exclusif de CARMA ASSISTANCE, **aucune dépense effectuée d'autorité par l'assuré ne sera remboursée.**

L'organisation par l'assuré ou par son entourage de l'une des assistances garanties ne peut donner lieu au remboursement que si CARMA ASSISTANCE a été prévenue de cette procédure et a donné son accord exprès en communiquant à l'assuré un numéro de dossier.

Dans ce cas, les frais seront remboursés sur présentation des justificatifs, dans la limite de ceux qui auraient été engagés par CARMA ASSISTANCE s'il avait lui-même organisé le service.

CARMA ASSISTANCE se réserve le droit de demander à l'assuré les titres de transport non utilisés.

CE QUE LE CONTRAT NE COUVRE JAMAIS

EXCLUSIONS GENERALES

Outre les exclusions particulières à chacune des garanties choisies, nous n'assurons jamais au titre du contrat Complémentaire Santé les dommages ou dépenses :

- résultant de la faute de l'assuré, si elle est intentionnelle ou frauduleuse ou bien commise avec sa complicité ;
- résultant de la participation de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, crimes, délits, actes de terrorisme ou bien, sauf cas de légitime défense, à des rixes ;
- conséquences d'une guerre civile ou étrangère ;
- causés ou aggravés par une origine nucléaire, une explosion d'atomes, une source de rayonnements ionisants ;
- des personnes résidant hors France Métropolitaine.

Votre contrat Complémentaire Santé ne prend pas en charge la participation forfaitaire restant à charge pour certains actes médicaux ou consultations de médecins, et la franchise restant à charge pour certains frais, prestations ou produits de santé (article L 322-2 du Code de la Sécurité Sociale).

VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Les modalités d'indemnisation au titre de votre contrat Complémentaire Santé sont indiquées ci-après.

FRAIS DE SOINS - HOSPITALISATION

Les dépenses engagées doivent faire l'objet d'un remboursement au titre des prestations légales, par votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

La demande de remboursement doit nous être adressée dans un délai de trois mois au plus tard après la réception du décompte de remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ou après la fin du séjour de l'assuré dans un établissement hospitalier, accompagnée des justificatifs suivants :

- originaux des décomptes de remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie dans tous les cas ;
- factures acquittées établissant le montant réel des frais déboursés quand ce renseignement ne figure pas sur le décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie;
- si un autre régime complémentaire est intervenu, les décomptes de prestations de cet organisme ;
- bulletin de situation en indiquant la date d'entrée, la durée d'hospitalisation et le service de l'établissement hospitalier.

ATTENTAT - AGRESSION

L'assuré, ou en cas de décès le(s) bénéficiaire(s) de l'indemnité, doivent nous faire la déclaration de l'accident aussitôt qu'ils en ont connaissance et au plus tard dans **les cinq jours ouvrés**, sauf cas fortuit ou de force majeure.

Ils doivent en outre :

- nous indiquer les circonstances dans lesquelles s'est produit l'événement, ses conséquences connues ou présumées ;
- nous transmettre tout justificatif et plus particulièrement, selon le cas :
 - extrait d'acte de décès délivré par la mairie ;
 - attestation notariée ou certificat d'hérédité, en cas de décès ;
 - certificats médicaux de constatation des blessures et de consolidation délivrés

par le médecin traitant précisant la localisation des blessures et lésions ainsi que leurs conséquences prévisibles.

LA DETERMINATION DE L'INDEMNITE

En cas de Décès

L'indemnité est calculée selon le préjudice économique subi par le ou les bénéficiaire(s) déterminé(s) au contrat, après intervention des organismes sociaux, de prévoyance ou de l'employeur, auxquels s'ajoutent les frais d'obsèques, **dans la limite de la somme indiquée aux Conditions Particulières.**

Pour les assurés mineurs, la garantie est limitée aux frais d'obsèques.

En cas d'Invalidité Permanente

Le règlement ne peut avoir lieu qu'après consolidation des blessures et l'expertise médicale ayant évalué le taux d'invalidité définitif qui en résulte.

Le taux d'invalidité permanente est déterminé selon le barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun, appelé Concours Médical.

L'indemnité est calculée selon le taux d'invalidité retenu, proportionnellement aux capitaux mentionnés sur vos Conditions Particulières. Elle est complémentaire de la réparation indemnitaire reçue des organismes sociaux, de prévoyance ou de l'employeur.

Les taux d'invalidité peuvent se cumuler si un ou des membre(s) et organe(s) sont atteints mais en aucun cas le total ne pourra excéder 100% pour un même événement.

— CONTROLE MEDICAL —

Les médecins que nous accréditerons doivent avoir libre accès auprès de vous ou des autres assurés dont ils souhaitent constater l'état.

Il en sera de même pour nos représentants, pour toute mission d'information.

Nous pouvons désigner, à nos frais, un médecin pour vérifier les causes du sinistre et ses conséquences. En cas de désaccord avec le médecin de l'assuré, les deux médecins en désignent un troisième pour les départager.

Faute pour l'une des deux parties de désigner son médecin expert ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu où le sinistre s'est produit.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ; les honoraires du médecin tiers expert et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, sont supportés par moitié par chacune des parties.

Si l'assuré n'accomplit pas ces formalités, sauf cas fortuit ou de force majeure, nous pouvons demander une indemnité proportionnelle au préjudice qui en résulte.

En cas de fausses déclarations faites sciemment sur la nature, les causes, le montant, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre, l'assuré perd, pour ce sinistre, le bénéfice des garanties du contrat.

— DELAIS

Les indemnités doivent être payées dans les trente jours qui suivent l'accord des parties concernées ou la décision judiciaire devenue exécutoire. En cas d'opposition à paiement, ce délai ne court qu'à compter du jour de la main levée.

— SUBROGATION

Nous nous substituons à l'assuré dans ses droits et actions contre tout responsable du sinistre à concurrence de l'indemnité payée (et éventuellement de la franchise laissée temporairement à votre charge).

Si la subrogation ne peut plus, du fait de l'assuré, s'opérer en notre faveur, nous sommes déchargés de notre responsabilité envers lui dans la mesure même où aurait pu s'exercer la subrogation.

TABLES DES MATIERES

GENERALITES

Composition de votre contrat	1
L'objet de votre contrat	1
Définitions contractuelles	2
Autres dispositions	3

LA VIE DU CONTRAT

Effet et durée du contrat - Résiliation	4
Prescription – Territorialité - Service Consommateurs	5

DECLARATIONS - COTISATIONS

Vos déclarations	6
La cotisation	7
Actualisation	8

VOS GARANTIES

Le fonctionnement des garanties	9
Frais de séjour - Forfait Journalier - Honoraires d'Hospitalisation	10
Chambre Particulière - Lit d'accompagnant - Dépenses Personnelles d'Hospitalisation	11
Soins Dentaires - Prothèse Dentaire - Forfait Prothèse Dentaire	12
Frais d'Optique – Forfait Frais d'Optique	12
Radios - Analyses	13

LES GARANTIES COMPLEMENTAIRES

Frais de remise à niveau scolaire	14
Individuelle Attentat et Agression	14
Protection Juridique - Protection Juridique Etendue	16
Dispositions communes aux garanties Protection Juridique	16
Les garanties Assistance	18

CE QUE LE CONTRAT NE COUVRE JAMAIS

Exclusions Générales	22
----------------------	----

VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Frais de soins – Hospitalisation	23
Attentat - Agression	23
Contrôle médical	24
Délais – Subrogation	25

