



Carrefour

Assurances

CONDITIONS GENERALES

**CARREFOUR
ASSURANCE SANTÉ**

SOMMAIRE

GENERALITES / VIE DU CONTRAT

Article 1- Objet et composition du contrat	1
Article 2 – Droit et Langue applicables	1
Article 3 – Territorialité	1
Article 4 – Prescription	1
Article 5 – Réclamations	2
Article 6 – Définitions	2
Article 7 – Bénéficiaires	3
Article 8 – Déclarations de l'Assuré	4
Article 9 – Informatique et libertés	4
Article 10 – Date d'effet et durée du contrat	5
Article 11 – Faculté de renonciation	5
Article 12 – Résiliation du contrat et cessation des garanties	5
Article 13 – Cotisation	6
Article 14 – Paiement de la cotisation	7

GARANTIES : FRAIS DE SANTE

Article 15 – Prestations couvertes	8
15.1 – Hospitalisation	8
15.2 – Médecine Courante	9
15.3 – Dentaire	9
15.4 – Optique	10
15.5 – Pack Bien Etre (<i>option</i>)	10
Article 16 – Modalités de remboursement des prestations	10
Article 17 – Exclusions des garanties Frais de Santé	12

GARANTIE : REMBOURSEMENT DES COTISATIONS EN CAS DE CHOMAGE

Article 18 – Objet de la garantie Remboursement des cotisations en cas de chômage	13
18.1 – Conditions à remplir pour le bénéfice de la garantie	13
18.2 – Formation, prise d'effet	13
18.3 – Exclusions	14

GARANTIES : RECOURS / PROTECTION JURIDIQUE SANTE

Article 19 – Recours	15
Article 20 – Protection Juridique Santé	15
Article 21 – Dispositions communes aux garanties Recours et Protection Juridique Santé	15

GARANTIE : ASSISTANCE

Article 22 – En cas d'accident ou de maladie à domicile	17
Article 23 – En cas d'hospitalisation d'un des parents assurés	17
Article 24 – En cas de maladie ou d'hospitalisation d'un des enfants assurés	18
Article 25 – Exclusion de la garantie Assistances	19

EXCLUSIONS GENERALES

TABLEAU RECAPITULATIF DES GARANTIES PAR FORMULES

Toutes les demandes de remboursement doivent être obligatoirement adressées à :

Carrefour Assurance Santé
TSA 91417 -92894 NANTERRE CEDEX 9
N° 0970 82 09 09
numéro non surtaxé

GENERALITES / VIE DU CONTRAT

ARTICLE 1 – OBJET ET COMPOSITION DE VOTRE CONTRAT

Carrefour Assurance Santé est un contrat complémentaire santé régi par le Code des assurances.

Il est souscrit auprès de CARMA, Compagnie d'assurances au capital de 23.270.000€ - RCS Evry 330 598 616 - Entreprise régie par le Code des assurances, sise 6 rue du Marquis de Raies, 91008 Evry Cedex et géré par GESTION ASSURANCES SA - Siège social : 60 rue de la Chaussée d'Antin - 75439 PARIS CEDEX 09 - N° ORIAS : 07 008 500 - www.orias.fr, toutes deux soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

Le contrat se compose :

- Des présentes conditions générales qui présentent le fonctionnement du contrat et des garanties
- Des conditions particulières qui précisent l'identité des personnes à assurer et la formule souscrite.

Il a pour objet de garantir :

- Le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation, constatés médicalement et survenus postérieurement à la prise d'effet des garanties, en complément des prestations versées par le Régime Général d'Assurance Maladie Obligatoire français des salariés.
- Le remboursement d'une partie des cotisations du contrat en cas de chômage du souscripteur du présent contrat, sous conditions.

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

Le contrat respecte les critères des contrats d'assurance complémentaire santé dits « responsables » conformément à la réglementation en vigueur, pour les formules Budget, Confort, Confort Plus, Excellence.

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés institué par la Loi n°2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 et ses décrets d'application, sont pris en charge l'ensemble des frais définis par l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolutions législatives ou réglementaires touchant « les contrats responsables », ils feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique.

ARTICLE 2 – DROIT ET LANGUE APPLICABLES

Les relations précontractuelles, contractuelles ainsi que la rédaction du contrat relèvent exclusivement de la langue française. La loi applicable aux relations précontractuelles et au contrat est la loi française.

Le contrat est régi par le Code des assurances français.

ARTICLE 3 – TERRITORIALITE

Les garanties s'exercent en France Métropolitaine. Le remboursement des soins effectués à l'étranger est subordonné à la prise en charge par le Régime Obligatoire. Le règlement des prestations est effectué en France et en Euros.

ARTICLE 4 – PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions prévues par l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'Assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'Assureur.

Elle est également interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre
- par 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
 - l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances, 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.

— ARTICLE 5 – RECLAMATIONS

La personne en charge de votre dossier est votre interlocuteur privilégié pour toute incompréhension ou mécontentement relatifs aux conditions d'application d'un contrat d'assurance.

Vous pouvez également exprimer votre réclamation par écrit à :

SERVICE RECLAMATIONS ASSURANCES

TSA 74116

77026 MELUN Cedex

Le Service Réclamations vous en accusera réception dans un délai de 10 jours et vous apportera une réponse dans un délai de deux mois. Si ces délais ne pouvaient être tenus du fait de circonstances exceptionnelles, le Service Réclamations vous en tiendrait informé(e).

Si la réponse obtenue n'est pas satisfaisante, votre réclamation sera adressée à l'Assureur, qui met à votre disposition un service consommateurs spécialement destiné à régler tout désaccord pouvant survenir à l'occasion d'une action résultant du contrat. Vous avez la possibilité de saisir ce service :

CARMA – Service Consommateurs

CP 8004

91008 EVRY Cedex.

fr_conso_carma@carrefour.com

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

Les dispositions ci-avant s'entendent sans préjudice de l'exercice d'autres voies d'actions légales.

— ARTICLE 6 – DEFINITIONS

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Assuré(e) : Personne qui a souscrit le contrat et qui est désignée sous ce nom dans les Conditions Particulières.

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

Avenant : document contractuel constatant une modification de contrat

Assureur : CARMA SA au capital de 23 270 00€- RCS Evry 330 598 616. Entreprise régie par le Code des assurances sise 6 rue du Marquis de Raies, 91008 Evry Cedex

Ayants droit : Personne(s) à la charge de l'Assuré au sens de la Sécurité sociale et bénéficiant à ce titre des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Base de remboursement (BR) : Tarif de référence déterminé par la Sécurité sociale française et pris en compte pour le calcul des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Bénéficiaires : Personne(s) nommément désignée(s) dans les Conditions Particulières et bénéficiant des garanties. L'Assuré est toujours Bénéficiaire.

Conditions Particulières : Document reprenant les éléments personnels de chaque Bénéficiaire, ainsi que leurs déclarations et le tableau de garanties.

Conjoint(e) : la personne mariée non séparée de corps judiciairement, ou liée par un Pacte Civil de Solidarité, ou vivant en concubinage avec l'Assuré(e).

Echéance :

- Principale, ou Anniversaire : date à laquelle commence une année d'assurance.
- De fractionnement : date à laquelle doivent être payées les fractions de cotisations, par exemple tous les mois.

Les dates d'échéances sont précisées aux Conditions Particulières.

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident garantis, ou d'une maternité.

Inlays-cores : L'inlay-core, également appelé faux moignon, est le tenon métallique qui va s'insérer dans la racine et soutenir la couronne dentaire..

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

Maternité : Etat de grossesse pendant lequel les frais liés à cette grossesse sont pris en charge à hauteur de 100 % de la BR par le Régime Obligatoire du bénéficiaire.

Médicament : Substance prescrite par un médecin et délivrée par un pharmacien et disposant d'une Autorisation de Mise sur le Marché délivrée par le Ministère de la Santé ou résultant d'une préparation magistrale. Cette définition exclut toutes prothèses et appareillages.

Orthodontie : technique permettant de corriger des malpositions dentaires, des atteintes dento-maxillaires et dento-maxillo-faciales. Elle concerne aussi bien les enfants que les adultes.

Pharmacie : Produits prescrits par un médecin pour prévenir ou guérir une maladie ou les suites d'un accident garanti, et délivrés par un pharmacien.

Prothèses dentaires : Il s'agit des couronnes, des piliers de bridge (codifiés SPR 50) et des dents à tenons , des inter de bridges et prothèses amovibles.

Régime général d'assurance maladie obligatoire : Régime légal français de Prévoyance Sociale des salariés, auquel est obligatoirement affilié le Bénéficiaire et, qui est précisé dans les Conditions Particulières.

Pour l'application des garanties du contrat, sont assimilés au régime général des salariés les régimes suivants : régime des étudiants, régime des salariés de l'Alsace-Moselle.

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.

Transport : Le transport de l'assuré en cas de maladie, accident, ou maternité, de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le plus proche et vice versa, à condition que le transport ait été effectué d'urgence ou sur l'ordre du médecin.

ARTICLE 7- BENEFICIAIRES

Bénéficient des garanties du présent contrat :

1. L'Assuré(e), qui doit :

- résider en France Métropolitaine ;
- être affilié au Régime général d'assurance maladie obligatoire français ;
- être âgé de 70 ans ou moins au jour de la souscription du contrat pour les formules **Budget, Confort, Confort Plus, Excellence** et de 65 ans ou moins pour la formule **Eco**.

2. Les autres Bénéficiaires du contrat qui peuvent être :

- Le(la) Conjoint(e) ayant 70 ans ou moins pour les formules **Budget, Confort, Confort Plus, Excellence** et 65 ans ou moins pour la formule **Eco**
- Les enfants fiscalement à charge de l'Assuré(e) ou de son (sa) conjoint(e), jusqu'à l'Echéance principale qui suit leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou se trouvent sous contrat d'apprentissage.

Pour pouvoir bénéficier des garanties dès le 1er jour de sa naissance, le nouveau-né doit être déclaré dans les 90 jours suivant sa naissance. A défaut, la garantie est acquise à compter du jour de la réception de la demande d'ajout de Bénéficiaire.

ARTICLE 8 – DECLARATIONS DE L'ASSURÉ

Les déclarations faites par l'Assuré en réponse au questionnaire qui lui a été soumis à la souscription sont reproduites aux Conditions Particulières. Il est essentiel que ces déclarations soient exactes.

a) A la souscription, l'Assuré procède, pour l'ensemble des Bénéficiaires à désigner, aux déclarations concernant notamment leur âge, leur Régime Obligatoire et son département d'habitation. Ces déclarations, permettent à l'Assureur d'évaluer correctement son engagement d'assurance et de percevoir une cotisation adaptée au risque garanti.

b) En cours de contrat, l'Assuré doit déclarer à l'Assureur, dans les quinze jours qui suivent la date à laquelle il en a connaissance :

- toute modification d'un des éléments figurant dans les Conditions Particulières ;
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des Bénéficiaires à un Régime Obligatoire ;
- le changement de domicile ou la fixation du domicile hors de France Métropolitaine. Chaque nouvel Assuré doit procéder aux mêmes déclarations qui sont reprises dans les Conditions Particulières. Ces déclarations doivent être faites au plus tard dans les **15 jours** qui suivent celui où l'Assuré a eu connaissance de ces modifications.

CONSEQUENCES

Si les éléments modifiés constituent une aggravation de risque, l'Assureur peut, soit dénoncer le contrat **sous préavis de 10 jours** (article L 113-4 du code des Assurances), soit proposer une nouvelle cotisation qui, si elle est refusée, entraînera la résiliation du contrat par lettre recommandée moyennant préavis de 10 jours. Si les éléments modifiés constituent une diminution de risque, l'Assureur peut diminuer la cotisation en conséquence. A défaut, l'Assuré peut résilier son contrat.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, entraîne l'application, suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité du contrat) ou L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

ARTICLE 9 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies relatives au régime et au numéro de sécurité sociale font l'objet d'un traitement informatique destiné aux services de tiers payant ou de règlement santé. Les destinataires des données sont votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, les services de gestion internes ou de prestations.

Les autres données personnelles que vous nous avez communiquées, par téléphone, messagerie électronique ou de manière autre, sont nécessaires pour les traitements informatiques liés à la gestion de votre contrat.

Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur relatives notamment à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Elles pourront être utilisées par nos mandataires, nos réassureurs, nos partenaires et organismes professionnels.

L'assuré accepte que Carma communique ces informations à Carrefour Banque.

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, vous pouvez à tout moment exercer vos droits d'opposition, de communication, de rectification, et de suppression de vos données personnelles par courrier adressé à : CARMA Service Consommateurs CP 8004 - 91008 EVRY Cedex.

ARTICLE 10 – EFFET ET DUREE DU CONTRAT

10.1. DATE D'EFFET

Le contrat prend effet pour chaque Bénéficiaire à compter de la date d'effet mentionnée dans les Conditions Particulières, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation. Il en est de même pour les Avenants constatant une modification du contrat.

Toute modification de formule à la hausse ou à la baisse n'est possible qu'à l'Echéance anniversaire du contrat qui suit la demande.

Les garanties sont acquises sans aucun délai d'attente.

10.2. DURÉE DU CONTRAT ET DES GARANTIES

Le contrat est conclu pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction à chaque Echéance principale, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties, dans les cas et selon les modalités fixées à l'article 12 ci-après.

Toutes les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation du contrat

ARTICLE 11 – FACULTE DE RENONCIATION

L'Assuré peut, dans les 14 (quatorze) jours calendaires à compter de la date de la souscription, ou de réception des conditions contractuelles si cette date est postérieure, **et sous réserve qu'aucune garantie n'ait été mise en jeu**, renoncer à sa qualité et être remboursé de la cotisation d'assurance payée.

En cas de renonciation au contrat, il convient d'adresser à Carrefour Assurance Santé – TSA 91417 - 92894 NANTERRE CEDEX 9, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception suivant modèle ci-dessous :

« Je soussigné(e) [nom, prénom] demeurant [adresse de l'Assuré] déclare renoncer au contrat d'assurance n° [numéro de contrat figurant sur les Conditions Particulières du contrat] auquel j'avais souscrit le [date de la souscription]

[Date]

[Signature de l'Assuré]

La cotisation versée au titre de la souscription au contrat sera restituée **dans les 30 jours** qui suivent la réception de la notification.

ARTICLE 12 – RESILIATION DU CONTRAT ET CESSATION DES GARANTIES

Le contrat peut être résilié dans les cas et conditions suivants :

12.1. PAR L'ASSURÉ UNIQUEMENT :

A l'Echéance principale (article L 113-12 du Code des assurances) ;

L'Assuré peut résilier son contrat chaque année par lettre recommandée avec avis de réception **au moins 2 mois** avant la date d'Echéance principale du contrat figurant aux Conditions Particulières. La résiliation prend effet à la date de l'Echéance principale.

En cours d'année d'assurance, uniquement dans les cas suivants :

- En cas d'obligation de l'Assuré de s'affilier auprès d'un autre organisme d'assurance suite à un accord d'entreprise ou une convention collective - en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception. **Pour cela, une attestation nominative de l'organisme d'assurance de l'employeur précisant que l'adhésion est obligatoire doit être fournie.** La résiliation prend effet un mois après réception de la demande de résiliation.
- En cas d'adhésion à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, la résiliation prend effet à la date d'ouverture des droits, avec une rétroactivité maximale de 3 mois. Si des soins de santé étaient effectués postérieurement à la date d'ouverture des droits CMUC, la résiliation prendra alors effet le lendemain du dernier soin remboursé.
- En cas de déménagement hors de France métropolitaine.
- En cas de changement de Régime Obligatoire entraînant une augmentation tarifaire.
- En cas de changement du lieu de résidence entraînant une augmentation tarifaire.

Pour ces 3 derniers cas, la résiliation du contrat doit être notifiée dans les 3 mois qui suivent l'un des événements et prend effet un mois après la réception de la demande de résiliation (lettre recommandée avec accusé réception).

La notification doit être adressée à GESTION ASSURANCES SA. La date d'expédition constitue le point de départ du préavis.

12.2. A L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR

- a) En cas de non paiement des cotisations (article L 113-3 du Code des assurances), selon modalités décrites à l'article 14 ci-après.
- b) En cas de modification du risque et de refus de l'Assuré du nouveau tarif proposé.
- c) En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque lors de la souscription ou en cours de contrat (art. L.113-9 du Code des assurances).
- d) En cas de changement de Régime Obligatoire, si le nouveau régime ne correspond pas à celle du Régime Général d'assurance maladie obligatoire .

La notification à l'Assuré est faite par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu de l'Assuré. La date d'envoi constitue le point de départ du préavis.

12.3. DE PLEIN DROIT, EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Si l'Assuré n'est pas seul assuré, le contrat continue de produire ses effets, à l'égard des autres Bénéficiaires, à charge pour eux d'exécuter les obligations dont était tenu l'Assuré jusqu'à l'échéance principale suivante.

ARTICLE 13 – LA COTISATION

13.1. LA COTISATION INDIQUÉE AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES EST ÉTABLIE SELON LES DÉCLARATIONS DE L'ASSURÉ À LA SOUSCRIPTION.

Elle est déterminée par les critères suivants :

- le Régime Obligatoire de chaque Bénéficiaire ;
- la formule souscrite ;
- l'adresse de l'Assuré ;
- l'âge de chaque Bénéficiaire ;
- le nombre d'enfants Bénéficiaires.

Les Bénéficiaires sont classés en plusieurs tranches d'âges : une tranche unique de 0 à 17 ans, puis âge par âge de 18 à 84 ans et une tranche unique de 85 ans et plus.

Elle peut varier à l'échéance ou en cours d'année.

13.2. VARIATION DU TARIF À L'ÉCHÉANCE ANNIVERSAIRE

Les cotisations sont révisables chaque année à l'Echéance anniversaire du fait :

- d'un changement d'âge des assurés ;
- d'un accroissement de la sinistralité générale ;
- d'une modification des garanties du contrat à l'initiative de l'Assureur ;
- d'une modification des montants de la base de remboursement du Régime Obligatoire ou des remboursements des Régimes obligatoires ;
- d'une modification législative ou réglementaire.

13.3. VARIATION DU TARIF EN COURS D'ANNÉE

Du fait de l'Assuré suite à avenant venant constater :

- un changement de Régime Obligatoire ;
- un changement d'adresse ;
- un ajout ou un retrait de Bénéficiaire.

Du fait de l'Assureur pour faire suite à :

- une modification des montants de la base de remboursement du Régime Obligatoire ou des remboursements des Régimes obligatoires ;
- une modification législative ou réglementaire.

L'Assuré est informé de tout changement concernant sa cotisation en cas d'avenant, ou par avis d'échéance.

ARTICLE 14 – PAIEMENT DE LA COTISATION

Les cotisations se payent d'avance, selon le mode de fractionnement défini à la souscription, auprès de GESTION ASSURANCES SA. 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'Echéance principale.**

A défaut du paiement d'une cotisation, ou d'une fraction de cotisation, dans les **10 jours** de son Echéance, l'Assureur peut suspendre la garantie **30 jours** après l'envoi d'une lettre recommandée adressée à l'Assuré 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'Echéance 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 Echéance.

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 Echéance. La suspension de garantie entraîne, pour l'Assuré et chaque Bénéficiaire, la perte de tout droit aux prestations couvertes par le contrat.

L'Assureur a 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 Echéance pendant la période de suspension ainsi que les frais pour impayé.

A défaut de paiement de la première cotisation ou d'une cotisation suivante (ou d'une fraction de cotisation), celle-ci sera dans un premier temps représentée sur le compte du débiteur et cumulée à la fraction de cotisation du mois suivant.

GARANTIES FRAIS DE SANTE

ARTICLE 15 – PRESTATIONS COUVERTES

Le contrat garantit le remboursement des dépenses de santé médicalement prescrites et engagées entre les dates d'effet et de fin de la garantie, à la suite d'un Accident, d'une Maladie ou d'une Maternité.

Les prestations sont calculées et remboursées :

- soit suivant les modalités prévues par le calcul des prestations de la Sécurité sociale française : en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) en vigueur à la date des soins et après remboursement du Régime Obligatoire.
- soit dans la limite d'un plafond exprimé en euros par Bénéficiaire et par acte, par jour ou par an.

L'indemnisation de l'Assureur ne peut pas excéder le montant des frais réellement engagés et, s'exerce, en fonction de la formule de garantie choisie à concurrence des montants indiqués au tableau inséré dans les Conditions Particulières.

Dans les conditions et limites de la formule de garanties choisie, et mentionnée dans les Conditions Particulières, le contrat garantit à chaque Bénéficiaire les prestations ci-après.

15.1. HOSPITALISATION

Cette garantie assure le remboursement des frais occasionnés lors d'une hospitalisation ou d'une intervention chirurgicale :

15.1.1. Frais de séjour :

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 engagés au titre d'une hospitalisation à domicile définie comme telle par le contrôle médical du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

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).**

15.1.2. Honoraires :

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

Les prestations versées au titre des honoraires de médecins augmentent pour la formule Eco avec l'ancienneté au contrat.

15.1.3. Frais de transport :

Cette garantie assure le remboursement des frais de transport médical : aller et retour domicile - établissement en vue d'une hospitalisation ou d'une intervention chirurgicale, ou transfert entre établissements ;

Les frais de transport non prescrits médicalement, et non pris en charge par la Sécurité Sociale ne sont pas remboursés.

15.1.4. Forfait journalier :

Cette garantie assure le remboursement du forfait hospitalier facturé lors de tout séjour en établissement hospitalier public ou privé, **dans la limite de :**

- **90 jours par an pour les séjours en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie pour la formule Eco**
- **90 jours par an pour les séjours en psychiatrie pour les formules Budget, Confort, Confort Plus, Excellence**
- **Douze mois consécutifs par hospitalisation dans les autres cas.**

15.1.5. Chambre particulière - formules Eco, Confort, Confort +, Excellence :

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, **dans la limite d'un plafond journalier mentionné aux Conditions Particulières et de :**

- 90 jours par an pour les séjours en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie pour la formule Eco ;
- 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie pour les formules Budget, Confort, Confort Plus, Excellence ;
- Douze mois consécutifs par hospitalisation dans les autres cas.

15.1.6.Lit d'accompagnant – formules Eco, Confort +, Excellence :

Les frais de lit d'accompagnant, non remboursés par le Régime Obligatoire et facturés par un établissement hospitalier, suite à l'Hospitalisation d'un Bénéficiaire inscrit au contrat, sont garantis selon la formule choisie et **dans la limite d'un plafond journalier mentionné aux Conditions Particulières et de 20 jours par an.**

15.1.7.Frais de télévision – formule Eco exclusivement

Les frais de télévision facturés par un établissement hospitalier, suite à l'Hospitalisation d'un Bénéficiaire désigné au contrat, sont garantis dans le cadre de la formule Eco, et **dans la limite du plafond journalier mentionné aux Conditions Particulières et de 20 jours par an.**

15.1.8.Forfait naissance – formules Confort, Confort +, Excellence

Selon la formule choisie, une prime de naissance ou d'adoption est versée au parent Assuré, **à condition que l'enfant soit désigné « Bénéficiaire » au contrat dans les 90 jours suivant sa naissance ou son adoption. La prime est versée une seule fois, même en cas de naissance ou d'adoption multiple, sous forme de Bons d'achat *.**

* Bons d'achat Carrefour.

15.2. MEDECINE COURANTE

Cette garantie est accordée dès lors que vous avez souscrit une formule Budget, Confort, Confort + ou Excellence.

Elle assure le remboursement d'un ensemble de frais, non pris en charge par une autre garantie du présent contrat, sans qu'il y ait eu hospitalisation, **selon les montants et pourcentages indiqués sur les Conditions Particulières :**

- honoraires de consultations et visites et autres actes médicaux de médecins ;
- actes d'auxiliaires médicaux ;
- actes d'imagerie médicale, de radiologie ;
- actes techniques médicaux ;
- analyses et examens médicaux effectués en laboratoire ;
- pharmacie : médicaments, vaccins remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, et des spécialités pharmaceutiques (préparations magistrales). Le vaccin contre la grippe est remboursé, même dans le cas où celui-ci n'est pas pris en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ;
- prothèses et appareillages, dont l'orthopédie et les appareils auditifs.

Ce qui n'est pas garanti :

- les franchises appliquées par la Sécurité sociale ;
- les médicaments à vignette orange en formules Budget et Confort, les médicaments à vignette bleue en formule Budget.

15.3. DENTAIRE

Cette garantie est accordée dès lors que vous avez souscrit une formule Budget, Confort, Confort + ou Excellence.

Elle assure le remboursement des honoraires des soins dentaires, prothèses, inlay-core et de l'orthodontie **remboursés par la Sécurité sociale**, effectués par un dentiste ou un chirurgien-dentiste.

- Les prothèses, les Inlays-core remboursées par le Régime Obligatoire, sont pris en charge selon la formule choisie **dans la limite d'un plafond figurant aux Conditions Particulières. Le plafond, exprimé en euros, s'applique sur la totalité des actes effectués au cours d'une année d'assurance, par Bénéficiaire.**
- Les prestations versées au titre des « prothèses dentaires » augmentent selon la formule choisie avec l'ancienneté au contrat.
- L'orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire est prise en charge selon la formule choisie **dans la limite d'un plafond figurant aux Conditions Particulières. Le plafond, exprimé en euros, s'applique sur la totalité des actes effectués au cours d'une année d'assurance, par Bénéficiaire.**

Ce qui n'est pas garanti :

Les honoraires des soins dentaires réalisés par un stomatologue. Ces frais sont pris en charge par la garantie «Médecine courante».

15.4. OPTIQUE

Cette garantie est accordée dès lors que vous avez souscrit une formule Budget, Confort, Confort + ou Excellence.

Elle assure le remboursement des frais de monture, de verres et de lentilles de contact prescrits médicalement, **dans la limite d'un forfait par an et par Bénéficiaire.**

Selon la formule choisie, le forfait est augmenté s'il n'est pas utilisé durant l'Année d'assurance précédente.

Selon la formule choisie, un forfait pour la chirurgie réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire **dans la limite d'un plafond par œil, par an et par Bénéficiaire.**

Les montants des forfaits sont précisés aux Conditions particulières.

Ce qui n'est pas garanti :

- **les honoraires : ces frais sont pris en charge par la garantie « médecine courante »**
- **les montures et verres non remboursés par la Sécurité sociale.**

15.5. PACK BIEN-ETRE (EN OPTION)

Cette option est accordée dès lors que vous l'avez souscrite, en complément d'une formule Budget, Confort, Confort + ou Excellence, et qu'elle est mentionnée aux Conditions Particulières.

La garantie a pour objet le remboursement de frais non pris en charge par les autres garanties du contrat :

- les contraceptifs prescrits par un médecin non remboursés par le Régime Obligatoire sont pris en charge **dans la limite d'un plafond annuel par Bénéficiaire.**
- les substituts nicotiques pris en charge par la Sécurité Sociale, **dans la limite d'un plafond annuel par Bénéficiaire.**
- les actes réalisés par un ostéopathe ou chiropracteur non remboursés par le Régime Obligatoire, sont pris en charge **dans la limite d'un plafond par séance et d'un nombre de séances par an et par Bénéficiaire.**

ARTICLE 16 – MODALITES DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Toutes les demandes de remboursement doivent être obligatoirement adressées à :

**Carrefour Assurance Santé
TSA 91417 -92894 NANTERRE CEDEX 9
N° 0970 82 09 09
numéro non surtaxé**

Pour être remboursés, les frais médicaux doivent être :

- expressément prévus dans la formule de garantie mentionnée sur les Conditions Particulières en vigueur à la date des soins,
- prescrits par une autorité médicale qualifiée,
- effectués et/ou prescrits pendant la période de garantie,
- pris en charge par le Régime Obligatoire sauf cas expressément indiqués dans le tableau des garanties figurant aux Conditions Particulières.

16.1. JUSTIFICATION DES DÉPENSES POUR LES BÉNÉFICIAIRES

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'Assuré doit adresser à GESTION ASSURANCES SA, dans les 3 mois qui suivent la date des soins :

- 1) Les originaux des décomptes du Régime Obligatoire.
- 2) Une copie de la prescription médicale et de la feuille de soins pour les garanties des actes et Médicaments prescrits mais non remboursés par le Régime Obligatoire.
- 3) La prescription médicale pour : les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, les prothèses dentaires (où apparaît le numéro des dents et le type de prothèse réalisé) et l'orthodontie remboursées par le Régime Obligatoire et les actes hors nomenclature de la Sécurité sociale.
- 4) La facture détaillée mentionnant l'intégralité des honoraires en cas d'Hospitalisation.
- 5) Les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance.

- 6) L'original de la facture pour le forfait des ostéopathes et chiropracteurs.
- 7) Une copie de la prescription médicale et de la feuille de soins ou facture pour les actes de dépistage et soins préventifs.
- 8) Un bulletin de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille au nom de l'enfant (ou copie du jugement d'adoption) pour le forfait de naissance.
- 9) Tous documents susceptibles de déterminer la nature et le montant des frais réellement engagés.
- 10) Tout élément permettant de déterminer, selon le cas, le service qui a prodigué les soins au Bénéficiaire ou le service dans lequel le Bénéficiaire a effectué son séjour.
- 11) En cas de non-utilisation de carte de Tiers Payant, des justificatifs de paiement peuvent être demandés.

Télétransmission

L'Assuré bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements ne devra envoyer que les justificatifs complémentaires, au moment où ils lui seront réclamés. En cas de rejet de la télétransmission, le Bénéficiaire sera amené à nous soumettre un original ou un duplicata de son décompte.

Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

Si l'Assuré ne souhaite pas bénéficier des Echanges de Données Informatiques avec sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à :

Carrefour Assurance Santé - TSA 91417 -92894 NANTERRE CEDEX 9

Tiers-payant

Le tiers payant permet aux Bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'assuré s'engage à restituer immédiatement la carte Tiers-payant à l'Assureur. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

16.2. PAIEMENT DES INDEMNITÉS

Les paiements à l'Assuré sont effectués en France et en euros, par virement sur un compte bancaire ou postal.

16.3. CONTRÔLE DES DÉPENSES

L'Assureur peut demander à l'Assuré, tous renseignements ou documents qu'il juge utiles pour l'appréciation du droit aux indemnités des Bénéficiaires. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, le Bénéficiaire peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

16.4. CONTRÔLE MÉDICAL

L'Assureur peut décider de faire examiner le Bénéficiaire par un médecin de son choix. Le Bénéficiaire s'engage, à se soumettre à cet examen, **sous peine d'être déchu du droit aux indemnités pour l'Accident ou la Maladie en cause.**

16.5. ARBITRAGE

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'Assuré et l'Assureur, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3ème médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix, la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré, à la requête de la partie la plus diligente. Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3ème médecin et des frais de sa nomination.

16.6. SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur exercera son recours, conformément à l'article L. 131-2 du Code des assurances, à concurrence des indemnités relatives aux frais de soins versées à l'Assuré.

16.7. PRINCIPE INDEMNITAIRE – PLURALITÉ D'ORGANISMES ASSUREURS

Les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une Maladie, une Maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale (alinéa 1 de l'article 9 loi du 31 décembre 1989). 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 peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1 décret n° 90-769 du 30 août 1990).**

ARTICLE 17 – EXCLUSIONS COMMUNES AUX GARANTIES FRAIS DE SOINS

Outre les exclusions générales du contrat et les exclusions spécifiques à chaque garantie, ne sont pas garanties les prestations :

17.1. RELATIVES À LA NATURE DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU SERVICE

L'Assureur ne garantit pas les frais engagés pour le séjour dans les établissements ou services suivants :

- les centres de rééducation professionnelle ;
- les hôpitaux thermaux et sections thermales des établissements publics ;
- les instituts médico-pédagogiques ;
- les centres d'aide par le travail ;
- les centres médico-pédagogiques ;
- les établissements de long séjour et les sections de long séjour ;
- les séjours en gérontologie ;
- les maisons d'enfants à caractère sanitaire ;
- les maisons d'accueil spécialisées ;
- la thalasso thérapie.

17.2. RELATIVES AUX HOSPITALISATIONS ET TRAITEMENTS SUIVANTS

- tous les frais facturés par un chirurgien plastique ou esthétique ;
- la chambre particulière en cas d'Hospitalisation à temps partiel ;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites.
- les cures thermales

Toutefois, les cures médicales thérapeutiques sont prises en charge au titre du poste Hospitalisation ;

- les interventions ayant pour but de remédier à des maladies ou infirmités congénitales, ainsi que leurs suites, sauf pour les nouveau-nés pour lesquels la garantie aura été demandée aux conditions de l'article 2.

Par ailleurs, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, les garanties des formules Budget, Confort, Confort Plus, Excellence dits responsables ne couvrent pas :

- la contribution forfaitaire mentionnée à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de la participation du Bénéficiaire en cas de non respect du parcours de soins (article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale), de refus d'accès ou de modification au dossier médical personnel (art L.161-36-2 du Code de la Sécurité sociale) ;
- les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non respect du parcours de soins, prévus au 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale ;
- les franchises médicales appliquées aux Médicaments, aux actes paramédicaux et aux Transports, mentionnées au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale.

GARANTIE REMBOURSEMENT DES COTISATIONS EN CAS DE CHOMAGE

ARTICLE 18 – GARANTIE REMBOURSEMENT DES COTISATIONS EN CAS DE CHOMAGE

Cette garantie a pour objet de garantir à l'Assuré ou son conjoint, en cas de chômage, une indemnité égale à 90% de sa cotisation, **dans la limite de 700 € par an.**

18.1. CONDITIONS À REMPLIR POUR LE BÉNÉFICE DE LA GARANTIE

Pour bénéficier de la garantie, l'Assuré ou son conjoint, et pour le premier et seul d'entre eux se trouvant en situation de chômage économique, couverts par la garantie Remboursement des cotisations en cas de chômage, doit réunir les **conditions cumulatives** suivantes :

- être désigné **Bénéficiaire au contrat depuis 12 mois à la date du licenciement et pendant toute la période d'indemnisation ;**
- avoir **bénéficié impérativement de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.), à l'exclusion de tout autre type d'indemnité qui pourrait lui être substituée, depuis une période minimale et continue de 6 mois. A cet effet, seule fait foi la prise en charge par Pôle Emploi au titre de l'A.R.E., le document de prise en charge par Pôle Emploi précisant sans ambiguïté dans son objet : Avis de prise en charge à l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi, et développant le montant journalier net de l'A.R.E. qui sera servie, le salaire journalier brut moyen sur lequel cette indemnité sera calculée, le point de départ de l'indemnisation, et les jours de différé d'indemnisation et délai d'attente de l'indemnisation ;**
- avoir fait l'objet d'un licenciement pour cause économique uniquement (lettre de licenciement faisant foi).

18.2. – FORMATION, PRISE D'EFFET ET DURÉE

18.2.1. Durée de la garantie

L'indemnisation au titre de la garantie « Remboursement des cotisations en cas de chômage » est acquise pour une durée maximale de 12 mois de date à date. **Elle cesse au 12ème mois qui suit de date à date, celui de la 1ère indemnisation au titre de la garantie « Exonération des cotisations en cas de chômage », et en tout état de cause à partir du jour où l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi n'est plus versée par Pôle Emploi à quelque titre que ce soit.**

18.2.2. Délai entre deux périodes d'indemnisation

Au cas où l'Assuré ait déjà bénéficié de l'indemnisation au titre de la garantie « Remboursement des cotisations en cas de chômage » pour lui-même ou son conjoint ou concubin notoire couverts par le contrat Carrefour Assurance Santé, **il sera tenu de cotiser à ce contrat pendant une période minimale de 6 mois avant de pouvoir prétendre à bénéficier de nouveau de l'indemnisation au titre de cette garantie pour lui-même ou son conjoint.**

18.2.3. Cas d'un couple d'Assurés

Dans le cas d'un couple d'Assurés cotisant au contrat Carrefour Assurance Santé, la garantie ne s'applique qu'à celui des deux Assurés se trouvant le premier en situation de chômage économique indemnisé au titre de la seule allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.) et à l'exception de toute autre allocation à l'Emploi.

18.2.4. Les obligations de l'Assuré en cas de sinistre

L'Assuré doit donner avis dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans un délai de 10 jours ouvrés, à :

Gestion Assurance SA – TSA 91417 - 92894 NANTERRE CEDEX 9

a) de tout sinistre de nature à entraîner la garantie.

b) faire parvenir à Gestion Assurances SA dans les plus brefs délais une déclaration de sinistre mentionnant :

- le numéro de son contrat Carrefour Assurance Santé,
- dans le cas d'un couple, que l'Assuré sinistré est bien la première personne indemnisée dans le « couple » payant une cotisation couvrant plusieurs assurés.

La déclaration de sinistre de l'Assuré doit être accompagnée de :

- la copie de la lettre de licenciement,
- la copie de l'avis de paiement mensuel de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi délivré par le Pôle Emploi.

Paieement de l'indemnité

L'indemnité sera payée mensuellement et directement à l'Assuré, par virement sur le compte débiteur des cotisations, dans les 48 heures à réception de l'ensemble des documents demandés ci-avant.

Cette opération de paiement est d'une totale neutralité financière pour l'Assureur qui continue de percevoir de l'Assuré le montant intégral de la cotisation.

Non-respect des formalités de déclaration d'un sinistre

Pour ce qui concerne le paragraphe a) ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, et sous réserve d'apporter la preuve que le retard de déclaration lui a causé un préjudice, l'Assureur est en droit de priver l'Assuré sinistré du bénéfice de la garantie pour le sinistre en cause.

Pour ce qui concerne le paragraphe b) ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assureur est en droit de réclamer à l'Assuré une indemnité proportionnelle au préjudice que ce manquement aura pu lui causer.

Fausse déclaration

En cas de fausse déclaration, de mauvaise foi par l'Assuré sur la nature, les causes et les conséquences d'un sinistre, ou d'utilisation de moyens frauduleux ou de documents inexacts, l'Assureur est en droit de priver l'Assuré du bénéfice de la garantie pour le sinistre en cause, et de résilier le contrat moyennant préavis d'un mois minimum (art. L113.9 du Code des assurances)

18.2.5. Cessation de garantie

La garantie cesse de plein droit dès la survenance de l'un des événements suivants :

- en cas de résiliation du contrat Carrefour Assurance Santé ;
- à la date où l'Assuré cesse de bénéficier de la garantie santé Carrefour Assurance Santé
- en cas de non paiement des cotisations
- en cas de décès du Bénéficiaire
- dès lors que le Bénéficiaire ne perçoit plus d'indemnisation par le Pôle Emploi au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.) ;
- au 12ème mois qui suit de date à date celui de la 1ère indemnisation.

18.3. EXCLUSIONS

Outre les exclusions générales, sont exclues de la garantie les personnes :

- non indemnisées par le Pôle Emploi au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.) ;
- indemnisées par le Pôle Emploi au titre de toute autre allocation que l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.) ;
- indemnisées par le Pôle Emploi au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.), mais pour toute autre cause qu'un licenciement pour cause économique.

GARANTIES : RECOURS - PROTECTION JURIDIQUE SANTE

Les sinistres mettant en œuvre ces garanties sont gérés dans un service spécialisé distinct des autres services sinistres.

ARTICLE 19 – RECOURS

Cette garantie permet de bénéficier de 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.)

ARTICLE 20 – PROTECTION JURIDIQUE SANTE

Cette garantie permet de bénéficier de services juridiques spécialisés 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,

survenus au-delà d'un délai de 30 jours à compter de la prise d'effet du contrat.

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

ARTICLE 21 – DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES RECOURS ET PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ

Dans le cas d'un litige garanti, l'Assureur 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 ses intérêts, l'Assuré a la possibilité de le choisir. Il conserve cette liberté de choix en cas de conflit d'intérêt entre lui et l'Assureur.

L'Assuré peut également, s'il n'a pas connaissance d'un avocat susceptible d'assurer la défense de ses intérêts, choisir l'avocat dont l'Assureur lui aura - à sa demande écrite - communiqué les coordonnées. (article L 127-3).

L'Assureur prend 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	1550 € 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 engagé (article L127-8).

DESACCORD ENTRE ASSURE ET ASSUREUR (ARBITRAGE) - ARTICLE L 127-4

Lorsque l'Assuré n'est pas d'accord avec l'Assureur 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 la charge de l'Assureur.

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

CE QUI N'EST PAS GARANTI – EXCLUSIONS

Outre les exclusions générales, ne sont pas garantis :

- **les consultations et les actes de procédure ont été 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 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.**

ASSISTANCE

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

01 45 166 566
(numéro non surtaxé)

ARTICLE 22 – EN CAS D'ACCIDENT OU MALADIE A DOMICILE

Livraison de médicaments 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.

ARTICLE 23 – EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN DES PARENTS ASSURES

23.1 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.

23.2 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.

23.3 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.

ARTICLE 24 – EN CAS DE MALADIE OU D’HOSPITALISATION D’UN DES ENFANTS ASSURES

24.1 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**.

24.2 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.

24.3 ECOLE CONTINUE

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 (7 jours si vous disposez d’une formule Excellence)**.

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 (8ème jour si vous disposez d’une formule Excellence) 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.**

24.4 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.

24.5 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.

24.6 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.

ARTICLE 25 – EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE

Outre les exclusions générales du contrat, ne sont pas garantis :

- 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, matches, 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 garanties d'assistance 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.

EXCLUSIONS GENERALES

Outre les exclusions particulières à chacune des garanties, l'Assureur ne garantit jamais :

Les accidents ou maladies et leurs suites :

- **résultant de la pratique par le Bénéficiaire de tout sport à titre professionnel, de la participation du Bénéficiaire à des paris ou tentatives de record ;**
- **résultant de la faute du Bénéficiaire, si elle est intentionnelle ou frauduleuse ou bien commise avec sa complicité ;**
- **de la guerre civile ou étrangère ;**
- **de la participation du Bénéficiaire à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense) et, de sa participation active à des crimes, délits, émeutes, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme ou de sabotage ou mouvements populaires ;** Sont toutefois garantis dans les conditions de l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale, lorsqu'ils sont consécutifs à ces événements : les frais de santé engagés pour les consultations et prescriptions du médecin traitant ;
- **des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel le Bénéficiaire est soumis à la suite d'un événement garanti) ;**
- **des personnes résidant hors France Métropolitaine.**

Les frais engendrés par des soins commencés ou prescrits avant la souscription du contrat ou après sa résiliation.

Ce contrat Complémentaire Santé ne prend pas en charge les dépenses définies dans la loi relative à l'assurance maladie n°2004-810 du 13 août 2004 et ses décrets d'application, soit :

- **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) ;**
- **les diminutions du remboursement du Régime Obligatoire, ni les dépassements d'honoraires spécifiques (article L 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale) pour les actes et consultations réalisés par les médecins lorsque l'assuré ne suit pas le parcours de soins coordonnés défini par la loi précitée ;**
- **la diminution du remboursement du Régime Obligatoire pour l'assuré refusant l'accès à son dossier médical au professionnel de santé consulté (article L 161-36-2 du Code de la Sécurité sociale).**

TABLEAU RECAPITULATIF DES GARANTIES

		Formule Eco	Formule Budget	Formule Confort	Formule Confort +	Formule Excellence
Hospitalisation						
Frais de séjour	en secteur conventionné	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
	en secteur non conventionné	150%	100%	125%	150%	175%
Honoraires	1ère année	100%	100%	100%	150%	175%
	2ème année	125%				
	A partir de la 3ème année	150%				
Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale		100%	100%	100%	100%	100%
Forfait Journalier ⁽¹⁾		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre Particulière ⁽¹⁾	1ère année	35 €/jour	-	15 €/jour	35 €/jour	45 €/jour
	2ème année	50 €/jour				
	A partir de la 3ème année	65 €/jour				
Lit d'accompagnant ⁽²⁾		15 €/jour	-	-	15 €/jour	15 €/jour
Frais de télévision ⁽²⁾		5 €/jour	-	-	-	-
Forfait naissance		-	-	50 €	100 €	150 €
Médecine courante						
Consultations			100%	100%	125%	150%
Imagerie, radiologie			100%	100%	125%	150%
Actes techniques médicaux			100%	100%	125%	150%
Analyses médicales, Auxiliaires médicaux			100%	100%	125%	150%
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	médicament vignettes blanches		100%	100%	100%	100%
	médicament vignettes bleues		-	100%	100%	100%
	médicament vignettes orange		-	-	100%	100%
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale			100%	100%	100%	100%
Vaccin contre la grippe			100%	100%	100%	100%
Prothèses et appareillages dont l'orthopédie et les appareils auditifs			100%	100%	125%	150%

(1) limité à 90 jours/an en psychiatrie. Sur la formule Eco, également limité à 90 jours/an pour les moyens séjours.

(2) limité à 20 jours par an

	Formule Eco	Formule Budget	Formule Confort	Formule Confort +	Formule Excellence
Dentaire					
Soins dentaires		100%	100%	125%	150%
Prothèses dentaires 1ère année remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾ 2ème année A partir de la 3ème année		100%	125%	200%	250%
				225%	275%
				250%	300%
Inlay-core ⁽³⁾ ⁽³⁾ dans la limite d'un plafond annuel global :		100%	125%	150%	175%
		-	-	800 €	1 100 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100%	150%	300€/an	450 €/an
Optique (forfaits annuels)					
Monture et verres remboursés par la Sécurité sociale Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale		-	100 €	175 €	230 €
				+ 50% si non utilisé l'année soit un forfait la 2ème année de :	
				262,50 €	345 €
Chirurgie réfractive (par œil)		-	-	-	200 €
Option : Pack Bien-Etre					
Médecines douces : Ostéopathie, chiropractie (limité à 5 séances par an)		15 €/ séance	15 €/ séance	20 €/ séance	25 €/ séance
Substituts nicotiniques pris en charge par la Sécurité sociale (par an)		25 €	50 €	75 €	100 €
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par an)		20 €	20 €	25 €	30 €
Garanties et Services complémentaires					
Assistance	X	X	X	X	X
Protection juridique santé	X	X	X	X	X
Tiers Payant	X Prise en charge hospitalière	X	X	X	X
Réseau de santé pour obtenir des tarifs négociés auprès des professionnels de santé partenaires		X	X	X	X
Garantie remboursement des cotisations en cas de chômage sous conditions, selon les conditions générales du contrat		X	X	X	X

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, y compris le remboursement du régime obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés. Les garanties du contrat Carrefour Assurance Santé s'inscrivent dans le cadre du contrat dit «responsable» défini aux Conditions Générales référencées CG SA5-06/13 (Hors formule Eco)

