

LES PLUS INTEGRÉS

LA SOLIDARITE
MUTUALISTE

ASSISTANCE SANTE

SOLI'SPORTS

ALLOCATION OBSEQUES

SOLI'JURIS

TITRE II – REGLEMENT DES GARANTIES EN INCLUSION :

ASSISTANCE SANTE SOCIAL

ACCIDENT RESULTANT DE LA PRATIQUE D'ACTIVITES SPORTIVES, CULTURELLES, TOURISTIQUES, AMICALES ET DE LOISIRS

ALLOCATION OBSEQUES

PROTECTION JURIDIQUE SANTE ET SOCIALE

Dispositions générales

Le présent titre a pour objet, en application de l'article L 221-3 du Code de la Mutualité et de l'Article 4 des statuts de la Mutuelle, de définir le contenu et la durée des engagements existants entre les membres participants personnes physique, leurs ayant droit et la Mutuelle en ce qui concerne les garanties complémentaires proposées en inclusion par la Solidarité Mutualiste, à ses adhérents au titre des contrats collectifs d'assurance qu'elle a souscrits (annuellement) auprès d'organismes habilités pour une durée annuelle renouvelable.

La solidarité Mutualiste est tenue de remettre à ses membres participants lors de leur adhésion, la notice d'information établie par le ou les organismes habilités, correspondant à chacun des contrats énoncés ensuite, dont ils bénéficient. Cette notice définit les garanties offertes, leurs modalités d'application ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification du présent règlement sont portés à la connaissance de chaque membre participant.

Les garanties complémentaires proposées par la solidarité Mutualiste à ses adhérents au titre des contrats collectifs d'assurance qu'elle souscrit annuellement auprès des organismes habilités, pour une durée annuelle renouvelable sont

ASSISTANCE : le contrat n° 000001658 souscrit auprès de GARANTIE ASSISTANCE (ci-après dénommée G.A.), Société d'Assistance agréée par le Ministère de l'Economie et des Finances, Société anonyme au capital de 1 850 000 €- 312 517 493 RCS Paris, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 38, rue La Bruyère - 75009 PARIS. qui a pour objet de garantir des prestations d'informations générales, des prestations en cas de maladie ou d'accident et des prestations en cas de décès destinées à l'adhérent et à ses ayants droit, et dont l'offre est définie au chapitre I du titre II

ACCIDENT RESULTANT DE LA PRATIQUE D'ACTIVITES SPORTIVES, CULTURELLES, TOURISTIQUES, AMICALES ET DE LOISIRS : le contrat n° 1130 souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs (mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité RNM 422 801 910) qui a pour objet de garantir aux assurés le règlement de prestations complémentaires frais de soins, invalidité et assistance lors de la survenance d'accidents résultant de la pratique d'activités sportives, culturelles, touristiques, amicales ou de loisirs, et dont l'offre est définie au chapitre II du titre II

FRAIS D'OBSEQUES : Le contrat n° n°75.3GI.0000010.000003 souscrit auprès de La Mutuelle Générale de Prévoyance qui a pour objet de garantir en cas de décès d'un sociétaire, conjoint et leurs enfants le versement d'une allocation pour frais d'obsèques et dont l'offre est définie au chapitre III du titre II

PROTECTION JURIDIQUE SANTE ET SOCIALE : Le contrat 003264001 YC souscrit auprès de ASSISTANCE PROTECTION JURIDIQUE, Société anonyme d'assurance au capital de 6 372 592 euros entièrement versé -Entreprise régie par le Code des Assurances - R.C.S. Bobigny 334 656 386 - APE 660E - Siège social : "Le Vendôme" - 12, rue du Centre 93196 Noisy-le-Grand Cedex, qui a pour objet de mettre à votre disposition des juristes, des experts médicaux et des avocats pour répondre à vos questions dans le domaine de la santé et du droit du travail, et dont l'offre est définie au chapitre IV du titre II.

Cotisations

Les cotisations annuelles versées à chacun de ses organismes sont incluses dans la cotisation appelée par la Solidarité Mutualiste.

CHAPITRE I : GARANTIE D'ASSISTANCE

Contrat collectif d'assistance à caractère obligatoire souscrit par la Solidarité Mutualiste auprès de GARANTIE ASSISTANCE pour le compte de ses adhérents, conformément à l'article L 221-3 du Code de la Mutualité.

COMMENT CONTACTER GARANTIE ASSISTANCE

- Téléphone : 0810.526.900. 24 heures sur 24, en indiquant le numéro d'adhérent
- Télécopie : 01.53.21.70.49.

IMPORTANT: Pour que les prestations d'assistance soient acquises, GARANTIE ASSISTANCE doit avoir été prévenue (par téléphone ou fax) et avoir donné son accord préalable.

1. DISPOSITIONS D'ORDRE GENERAL

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance accordés aux « bénéficiaires » tels que désignés ci-dessous.

Ces prestations sont gérées par GARANTIE ASSISTANCE (ci-après dénommée G.A.), Société d'Assistance agréée par le Ministère de l'Economie et des Finances, Société anonyme au capital de 1 850 000 €- 312 517 493 RCS Paris, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 38, rue La Bruyère - 75009 PARIS.

1.1. DEFINITIONS

Pour l'application de la présente convention d'assistance, on entend par :

ACCIDENT : toute lésion corporelle provenant d'un événement soudain, imprévisible et extérieur au bénéficiaire.

ASCENDANT : le père ou la mère du titulaire (et bénéficiaire) du contrat santé souscrit auprès de la MUTUELLE LA SOLIDARITE MUTUALISTE ou de son conjoint* vivant sous le même toit et fiscalement à sa charge.

CONJOINT : le conjoint proprement dit ainsi que le concubin ou le partenaire lié au bénéficiaire par un Pacte Civil de Solidarité.

DOMICILE : le lieu de résidence principale et habituelle du souscripteur ou des bénéficiaires, situé en France Métropolitaine, en Principauté de Monaco, Corse ou dans les DOM, mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu.

ENFANTS : les enfants célibataires âgés de moins de 15 ans, fiscalement à charge du bénéficiaire et/ou de son conjoint* et vivant habituellement sous le même toit.

HOSPITALISATION : tout séjour dans un établissement de santé, effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un accident ou d'une maladie.

L'établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) doit être habilité(e) à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès de personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.

IMMOBILISATION : toute immobilisation temporaire, médicalement prescrite, et consécutive à une maladie soudaine ou à un accident corporel.

MALADIE : altération de la santé médicalement constatée.

MALADIE CHRONIQUE : maladie qui évolue lentement et se prolonge dans le temps.

MALADIE GRAVE : maladie mettant en jeu le pronostic vital du bénéficiaire.

PERSONNE DEPENDANTE : toute personne physiquement ou mentalement dépendante (GIR3 et au-delà) vivant sous le même toit que le bénéficiaire et déclarée comme telle auprès de l'Administration fiscale.

SERVICE MATERNITE OU OBSTETRIQUE : établissement de santé public ou privé comprenant un service spécialisé dans la surveillance médicale de la grossesse et de l'accouchement.

1.2. Validité territoriale

Les services offerts sont utilisables au domicile, en France métropolitaine, Monaco et DOM.

1.3. Prise d'effet - durée

L'ensemble des garanties définies dans la présente convention suit le sort du contrat Complémentaire Santé auquel il se rattache et dont il fait partie intégrante (date d'effet, durée, renouvellement, résiliation...).

1.4. Prescription

Toute action découlant d'un abonnement G.A. est prescrite dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

1.5. Subrogation

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge G.A. dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

1.6. Loi applicable

Le présent contrat est soumis à la loi française.

1.7. Commission de contrôle

GARANTIE ASSISTANCE est soumise au contrôle de L'AUTORITE DE CONTROLE DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES située 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.

2. BENEFICIAIRES

Sont couverts par la présente convention :

- Toute personne physique ayant souscrit un contrat complémentaire « Santé » auprès de la MUTUELLE LA SOLIDARITE MUTUALISTE
- son conjoint*,
- leurs enfants*.

Et résidant en France métropolitaine, Principauté de Monaco ou dans les DOM, vivant habituellement sous le même toit et portés sur le bulletin d'adhésion.

3. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

3.1. NECESSITE DE L'APPEL PREALABLE

Pour que les prestations d'assistance soient acquises, G.A.* doit avoir été prévenue au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de G.A.*

3.2. CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Sans préjudice des règles spécifiques ci-après exposées, toute demande de remboursement adressée par le bénéficiaire à GA* devra être accompagnée de toutes les factures originales et tous les justificatifs originaux correspondant à la demande.

3.2.1. AVANCES DE FRAIS

Au titre de la présente convention d'assistance, GA* peut effectuer une avance de fonds afin de permettre au bénéficiaire de faire face aux dépenses visées au paragraphe « AVANCE DE FRAIS MEDICAUX, CHIRURGICAUX, PHARMACEUTIQUES OU D'HOSPITALISATION ENGAGES A L'ETRANGER ».

A titre de garantie du remboursement de la somme avancée par GA*, le bénéficiaire s'engage à observer les modalités et délais suivants :

3.2.2. MODALITES PREALABLES AU VERSEMENT DE L'AVANCE PAR GARANTIE ASSISTANCE

A titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire de l'avance, GA* adressera un certificat d'engagement au bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à GA* L'avance de ces frais sera mise en œuvre après réception par GA* dudit certificat d'engagement.

A titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire de l'avance effectuée, le bénéficiaire devra fournir à GA* un chèque certifié ou un chèque de banque ou effectuer un virement bancaire.

3.2.3 DELAI DE REMBOURSEMENT DE L'AVANCE

Le bénéficiaire s'engage à rembourser à GA* la somme avancée dans un délai de 3 mois, à compter de la date d'envoi par GA* de la facture au bénéficiaire.

3.2.4.SANCTIONS

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme avancée deviendra immédiatement exigible et GA* pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

3.3. CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

Le montant de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations ainsi que le nombre d'heures mentionnés dans le descriptif de chaque garantie ne sont pas forfaitaires.

La nature de l'assistance et le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à la demande du bénéficiaire relèvent de la décision exclusive du médecin de G.A.* qui recueille, si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

Afin de permettre au médecin de G.A.* de prendre sa décision, il pourra être demandé au bénéficiaire de fournir tout justificatif médical de l'événement qui conduit le bénéficiaire à solliciter son assistance.

Le cas échéant, G.A.* recommande au bénéficiaire d'adresser ces documents sous pli confidentiel à l'attention du service médical de G.A.*

4.GARANTIES ACCORDEES

4.1.ASSISTANCE SANTE

4.1.1.EN CAS D'IMMOBILISATION* DU BENEFICIAIRE AU DOMICILE

4.1.1.1.ASSISTANCE EN CAS D'URGENCE MEDICALE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant.

En France les secours de première urgence sont gratuits. En cas de difficultés, G.A.* communique au bénéficiaire* les coordonnées de ces services publics.

4.1.1.2.RECHERCHE D'UN MEDECIN

En l'absence du médecin traitant habituel, G.A.* aide le bénéficiaire* à rechercher un médecin pour une visite à domicile en lui communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

Les frais et honoraires du médecin restent à la charge exclusive du bénéficiaire.

L'indisponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de G.A.*

4.1.1.3.RECHERCHE D'UN INTERVENANT PARAMEDICAL

A la demande du bénéficiaire*, le service médical de G.A.* envoie dans les meilleurs délais, et selon les disponibilités locales, une infirmière ou un intervenant paramédical au domicile* du bénéficiaire*. Cette garantie s'exerce notamment lorsque le médecin traitant habituel du bénéficiaire* ne peut être joint. En cas d'urgence, le service de régulation médicale de G.A. mobilisera les services compétents (SAMU, pompiers, etc. ...).

Les frais et honoraires afférents à cette prestation restent à la charge du bénéficiaire.

4.1.1.4.TRANSPORT EN AMBULANCE

Transfert à l'hôpital

Sur demande du médecin sur place, si l'état de santé du bénéficiaire nécessite son hospitalisation, G.A. envoie une ambulance, **sans prise en charge**, pour son transport au centre médical le plus proche du domicile.

Retour au domicile

A l'issue de l'hospitalisation, G.A. organise, si nécessaire, **sans prise en charge**, le retour du bénéficiaire à son domicile en ambulance (ou VSL), selon la prescription médicale effectuée.

4.1.1.5 LIVRAISON DE MEDICAMENTS

Lorsque le bénéficiaire* est immobilisé à son domicile* et que ni lui ni l'un de ses proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, GA.* se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche de son domicile et de les lui livrer.

Le prix des médicaments demeure à la charge du bénéficiaire.

4.1.1.6 TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

En cas de nécessité, G.A.* assure la transmission des messages à caractère urgent destinés à la famille du bénéficiaire* ou à un de ses proches (et inversement) y compris des informations à caractère personnel et médical avec accord du bénéficiaire.

4.1.2 EN CAS D'HOSPITALISATION* DU BENEFICIAIRE* DE PLUS DE 4 JOURS

NB : en cas d'accident ou de maladie imprévue dont la survenance n'était pas connue de l'adhérent une semaine avant son hospitalisation, la durée de l'hospitalisation donnant droit aux prestations est ramenée de 4 jours à 24 heures.

4.1.2.1. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS OU PETITS ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

A la demande du bénéficiaire **G.A.* organise et prend en charge pendant 2 jours la garde, par une personne qualifiée, des enfants* au domicile* du bénéficiaire***.

Cette prestation est prise en charge par G.A.* à raison de 8 heures maximum de garde effective par jour (entre 7h et 19 h), en dehors des week-ends, jours chômés et fériés.

OU

4.1.2.1.1 Garde des enfants*

A la demande du bénéficiaire **G.A.* organise et prend en charge pendant 2 jours la garde, par une personne qualifiée, des enfants* au domicile* du bénéficiaire***.

Cette prestation est prise en charge par G.A.* à raison de 8 heures maximum de garde effective par jour (entre 7 h et 19 h), en dehors des week-ends, jours chômés et fériés.

OU

4.1.2.1.2. Transfert des enfants* en France.

A la demande du bénéficiaire **G.A.* organise et prend en charge** le transfert aller et retour des enfants*, **par train (1^{ère} classe) ou avion (classe touriste)**, chez une personne désignée par le bénéficiaire* résidant **en France** (l'accompagnement des enfants* est effectué par nos correspondants ou par un proche désigné par le bénéficiaire*),

Dans le cas où le bénéficiaire* réside dans les DOM, cette personne devra résider dans le département identique à celui du bénéficiaire*.

OU

4.1.2.1.3. Transfert d'un proche en France.

A la demande du bénéficiaire **G.A.* organise et prend en charge** la mise à disposition pour une personne désignée par le bénéficiaire* et résidant **en France d'un billet aller/retour de train (1^{ère} classe) ou d'avion (classe touriste)**, afin qu'elle vienne au domicile* du bénéficiaire* pour effectuer la garde des enfants*.

Dans le cas où le bénéficiaire* réside dans les DOM, cette personne devra résider dans le département identique à celui du bénéficiaire*.

OU

4.1.2.1.4 Conduite des enfants à l'école :

Si les enfants sont scolarisés et ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par une personne de l'entourage de l'assuré, **G.A. organise et prend en charge** leur conduite à l'école et leur retour au domicile pendant 2 jours et ce dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de **100 € TTC pour l'ensemble des enfants concernés.**

4.1.2.2. PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS* DEPENDANTS (A PARTIR DE GIR 3)

4.1.2.2.1. Garde des ascendants* au domicile.

A la demande du bénéficiaire* **G.A.* organise et prend en charge pendant 2 jours la garde, par une personne qualifiée, des ascendants* au domicile* du bénéficiaire***.

Cette prestation est prise en charge par G.A.* à raison de 8 heures maximum de garde effective par jour (entre 7h et 19 h), en dehors des week-ends, jours chômés et fériés.

OU

4.1.2.2.2. Transfert des ascendants* en France métropolitaine

A la demande du bénéficiaire* **G.A.* organise et prend en charge** le transfert aller et retour des ascendants*, **par train (1^{ère} classe) ou avion (classe touriste)**, chez une personne désignée par le bénéficiaire* résidant **en France métropolitaine** (l'accompagnement des ascendants* est effectué par nos correspondants ou par un proche désigné par le bénéficiaire*),

OU

4.1.2.2.3. Transfert d'un proche en France métropolitaine

A la demande du bénéficiaire* **G.A.* organise et prend en charge** la mise à disposition pour une personne désignée par le bénéficiaire* et résidant **en France métropolitaine d'un billet aller/retour de train (1^{ère} classe) ou d'avion (classe touriste)**, afin qu'elle vienne au domicile* du bénéficiaire* pour effectuer la garde des ascendants*.

4.1.2.3. TRANSFERT ET GARDE D'ANIMAUX DOMESTIQUES FAMILIERS.

A la demande du bénéficiaire*, G.A.* organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux vivant au domicile du bénéficiaire, dans la limite de **30 jours à compter du 1^{er} jour de l'évènement.**

4.1.2.4.PRESENCE D'UN PROCHE

Si le bénéficiaire se retrouve seul, G.A. organise le voyage aller-retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France, à concurrence d'un billet de train ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre au chevet du bénéficiaire.

Dans le cas où le bénéficiaire réside dans les DOM, cette personne devra résider dans le département identique à celui du bénéficiaires*.*

4.1.2.5.AIDE A DOMICILE :

A la suite immédiate d'une hospitalisation* du bénéficiaire* de plus de 4 jours ou de 48 heures à la suite d'une maladie imprévue ou d'un accident, G.A.* recherche et missionne une aide ménagère à concurrence de 20 heures de travail effectif réparties sur 10 jours au maximum, dans la limite des disponibilités locales. Cette garantie fonctionne du lundi au vendredi (hors week-ends et jours fériés) de 8 H à 19 H.

G.A.* prend en charge les frais ainsi occasionnés.

Le nombre d'heures et la période de mise à disposition de l'aide ménagère indiqués ci-dessus ne sont pas forfaitaires : le nombre d'heures effectivement allouées et leur répartition sur la période de mise à disposition sont déterminés par le médecin de G.A.* en tenant compte de l'état de santé du bénéficiaire*.

4.1.3. EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE DE PLUS DE 10 JOURS *

NB

- Les garanties s'appliquent dès le 1^{er} jour d'immobilisation ;
- La durée d'immobilisation est ramenée de 10 jours à 5 jours lorsque celle-ci est consécutive à un accident ;

4.1.3.1.PRISE EN CHARGE DES ENFANTS OU PETITS ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

4.1.3.1.1.Garde des enfants*

A la demande du bénéficiaire G.A.* organise et prend en charge pendant 2 jours la garde, par une personne qualifiée, des enfants* au domicile* du bénéficiaire*.

Cette prestation est prise en charge par G.A.* à raison de 10 heures maximum de garde effective par jour (entre 7h et 19 h), en dehors des week-ends, jours chômés et fériés.

OU

4.1.3.1.2.Transfert des enfants* en France.

A la demande du bénéficiaire G.A.* organise et prend en charge le transfert aller et retour des enfants*, par train (1^{ère} classe) ou avion (classe touriste), chez une personne désignée par le bénéficiaire* résidant en France (l'accompagnement des enfants* est effectué par nos correspondants ou par un proche désigné par le bénéficiaire*),

Dans le cas où le bénéficiaire* réside dans les DOM, cette personne devra résider dans le département identique à celui du bénéficiaire*.

OU

4.1.3.1.3.Transfert d'un proche en France.

A la demande du bénéficiaire G.A.* organise et prend en charge la mise à disposition pour une personne désignée par le bénéficiaire* et résidant en France d'un billet aller/retour de train (1^{ère} classe) ou d'avion (classe touriste), afin qu'elle vienne au domicile* du bénéficiaire* pour effectuer la garde des enfants*.

Dans le cas où le bénéficiaire* réside dans les DOM, cette personne devra résider dans le département identique à celui du bénéficiaire*

OU

4.1.3.1.4 Conduite des enfants à l'école

Si les enfants sont scolarisés et ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par une personne de l'entourage de l'assuré, G.A. organise et prend en charge leur conduite à l'école et leur retour au domicile pendant 2 jours et ce dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 100 €TTC pour l'ensemble des enfants concernés.

4.1.3.2.TRANSFERT ET GARDE D'ANIMAUX DOMESTIQUES FAMILIERS.

A la demande du bénéficiaire*, G.A.* organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux vivant au domicile du bénéficiaire, dans la limite de 30 jours à compter du 1^{er} jour de l'évènement.

4.1.3.3. AIDE A DOMICILE

A la suite immédiate d'une immobilisation* au domicile* de plus de 10 jours ou de 5 jours suite à accident*, G.A.* recherche et missionne une aide ménagère à concurrence de 20 heures de travail effectif réparties sur 10 jours au maximum, dans la limite des disponibilités locales.

Cette garantie fonctionne du lundi au vendredi (hors week-ends et jours fériés) de 8 H à 19 H.

G.A.* prend en charge les frais ainsi occasionnés.

Le nombre d'heures et la période de mise à disposition de l'aide ménagère indiqués ci-dessus ne sont pas forfaitaires : le nombre d'heures effectivement allouées et leur répartition sur la période de mise à disposition sont déterminés par le médecin de G.A.* en tenant compte de l'état de santé du bénéficiaire*.

4.1.4. EN CAS DE RADIOTHERAPIE OU DE CHIMIOOTHERAPIE

4.1.4.1. AIDE A DOMICILE

Pour tout traitement entraînant des séances de chimiothérapie ou de radiothérapie et une hospitalisation* de plus de 24 heures, G.A.* recherche et missionne une aide à domicile à concurrence de 2 heures par jour au cours des 48 heures suivant chaque séance de soins, dans la limite des disponibilités locales.

Cette garantie s'exerce à concurrence de 20 h maximum réparties sur toute la durée du traitement.

Cette garantie fonctionne du lundi au vendredi (hors week-ends et jours fériés) de 8 H à 19 H.

G.A.* prend en charge les frais ainsi occasionnés.

Le nombre d'heures et la période de mise à disposition de l'aide ménagère indiqués ci-dessus ne sont pas forfaitaires : le nombre d'heures effectivement allouées et leur répartition sur la période de mise à disposition sont déterminés par le médecin de G.A.* en tenant compte de l'état de santé du bénéficiaire*.

4.1.5. EN CAS DE MALADIE* D'UN ENFANT* DE MOINS DE 15 ANS

4.1.5.1. Garde de l'enfant* immobilisé au domicile*

A la demande du bénéficiaire G.A.* organise et prend en charge à concurrence de 30 heures sur 30 jours, la garde par une personne qualifiée, des enfants* au domicile* du bénéficiaire*.

Cette prestation est prise en charge par G.A.* à raison de 8 heures maximum de garde effective par jour (entre 7h et 19 h), en dehors des week-ends, jours chômés et fériés.

La prise en charge est limitée à 2 interventions par année civile et par famille

4.1.5.2. Répétiteur Scolaire à domicile*

Si l'état de santé de l'enfant* nécessite son immobilisation* au domicile* pendant une période ininterrompue supérieure à 15 jours et, de ce fait, ne lui permet pas d'assister aux cours dispensés par l'établissement scolaire (école élémentaire, collège et lycée d'enseignement général, soit du CP à la Terminale) dans lequel il est régulièrement inscrit, G.A.* met un répétiteur scolaire à la disposition de l'enfant*, à partir du 1er jour d'absence scolaire, et prend en charge les frais s'y rapportant à concurrence de 10 heures de cours par semaine d'absence et ce pendant 6 semaines maximum.

Sous réserve que ces disciplines figurent au programme fixé par le Ministère en charge de l'Education Nationale pour le niveau scolaire de l'enfant* (CP à la Terminale), les cours dispensés par le répétiteur scolaire ont pour objet l'enseignement théorique des disciplines générales suivantes : français, mathématiques, histoire et géographie, première et seconde langues vivantes, physique chimie, sciences de la vie et de la Terre, sciences économiques et sociales.

La durée de la mission du répétiteur scolaire est fixée par le médecin de G.A.* en fonction de l'état de santé de l'enfant* et du nombre de journées de cours effectivement manquées.

En outre, les séances de répétiteur scolaire sont mises en oeuvre au cours de l'année scolaire pendant les seules périodes de travail scolaire effectif c'est-à-dire en dehors des vacances scolaires (fixées par arrêté du Ministère en charge de l'Education Nationale), des week-end et jours fériés.

4.1.6. PRISE EN CHARGE DES FRERES ET SCEURS EN CAS D'HOPITALISATION D'UN ENFANT.

En cas d'hospitalisation d'un enfant, afin de permettre au bénéficiaire* de se rendre à son chevet et si personne ne peut assurer la garde des autres enfants, G.A. organise et prend en charge:

- leur garde pendant 2 jours par une personne qualifiée, des enfants*-au domicile* du bénéficiaire

OU

- leur transfert aller et retour des enfants*, par train (1^{ère} classe) ou avion (classe touriste), chez une personne désignée par le bénéficiaire* résidant en France (l'accompagnement des enfants* est effectué par nos correspondants ou par un proche désigné par le bénéficiaire*),

Dans le cas où le bénéficiaire* réside dans les DOM, cette personne devra résider dans le département identique à celui du bénéficiaire

OU

- s'ils sont scolarisés, et ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par une personne de l'entourage de l'assuré, G.A. organise et prend en charge leur conduite à l'école et leur retour au domicile pendant 2 jours et ce dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 100 € TTC pour l'ensemble des enfants concernés.

4.1.7. EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN ENFANT A PLUS DE 50 KM DU DOMICILE EN France

Si un des enfants* est hospitalisé à **plus de 50 km** de son domicile*, GARANTIE ASSISTANCE organise le transport (un billet aller/retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste) et séjour à l'hôtel d'un membre de sa famille qui reste à son chevet, et prend en charge ses frais d'hébergement réellement engagés à **concurrence de 50 € par nuit pendant maximum 7 nuits. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 350 € TTC.**

Dans le cas où le bénéficiaire* réside dans les DOM, cette personne devra résider dans le département identique à celui du bénéficiaire*.

4.1.8. TELE-ASSISTANCE MEDICALISEE

Cette garantie est destinée aux bénéficiaires âgés de 75 ans et plus

Après une hospitalisation de plus de 2 jours, G.A. met à disposition un service de Télé-Assistance (Prévifil) pendant la convalescence du bénéficiaire* **pour une durée de 3 mois avec possibilité de prolonger le service au-delà de cette période de prêt dans le cadre d'un abonnement à tarif préférentiel à la charge du bénéficiaire*.**

4.1.9. ASSISTANCE MATERNITE

4.1.9.1. VISITE D'UNE AUXILIAIRE DE PUERICULTURE A DOMICILE

Cette prestation s'applique en cas de première maternité quelle que soit la durée du séjour en maternité.

G.A. recherche et organise la visite d'une auxiliaire de puériculture au domicile (3 heures) dans la semaine (5 jours ouvrés) qui suit la sortie de la maternité.

Il s'agit d'aider la maman à s'organiser en lui rappelant les principes essentiels relatifs aux soins de ses bébés.

4.1.9.2. AIDE A DOMICILE EN CAS DE NAISSANCE MULTIPLE.

Cette prestation s'applique en cas de « naissance multiple » (jumeaux, triplés...) quelle que soit la durée du séjour en maternité

En cas de naissance multiple et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, G.A. organise la mise en oeuvre d'une aide ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas et ce à concurrence de **10 heures sur 2 semaines.**

Le nombre d'heures allouées et leur répartition sur la période définie ci-dessus sont dans tous les cas du seul ressort du service médical de G.A.

4.1.9.3. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE.

En cas de « baby blues », G.A*., sur simple appel téléphonique, peut vous apporter un soutien psychologique (3 entretiens avec un psychologue) durant le mois qui suit votre accouchement et vous mettre en relation avec des Associations spécialisées qui vous aideront à surmonter ce « mal être » passager.

4.1.9.4. ALLO « INFO JEUNES PARENTS.

INFO JEUNES PARENTS est un service d'informations générales, animé par les médecins de l'équipe médicale de G.A., destiné à répondre à toute question de nature médicale et, notamment dans les domaines suivants :

- la santé,
- les vaccinations,
- la diététique,
- la puériculture.

Les médecins peuvent répondre à toutes demandes vous concernant, vous ou votre famille. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

Ce service est conçu pour écouter, informer et orienter et, en aucun cas, il ne peut remplacer votre médecin traitant. Il est à disposition du lundi au samedi de 9H à 19H.

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

De plus, en cas d'urgence médicale, votre premier réflexe doit être d'appeler votre **médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).**

4.1.10.ASSISTANCE OBSEQUES

4.1.10.1.AVANCE DE FONDS EN CAS DE DECES

Suite au décès de l'un des membres de sa famille (conjoint ou concubin, enfants ou petits-enfants à charge) GARANTIE ASSISTANCE procure au bénéficiaire, à titre d'avance sans intérêt et après versement d'une caution par un proche ou toute autre personne désignée par lui, une somme de **3 000 € TTC** ou moins, si une somme inférieure est suffisante.

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds ou dans le cas où l'avance consentie peut permettre de débloquer une situation. **Elle est remboursable dans un délai d'un mois à compter de la date du versement.**

4.1.10.2.ACCOMPAGNEMENT OBSEQUES

Cette prestation s'applique en cas de décès du bénéficiaire* de son conjoint*.

A la demande de la famille du bénéficiaire, G.A. missionne **pendant ½ journée** une personne qualifiée pour accompagner le conjoint* du bénéficiaire* dans l'accomplissement des démarches les plus urgentes relatives au décès et prend en charge les frais afférents.

4.1.10.3.ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

Cette prestation s'applique en cas de maladie* grave ou de décès d'un proche du bénéficiaire* ou de son conjoint*.

G.A.*, sur simple appel téléphonique et selon l'avis médical du médecin traitant du bénéficiaire*, est à la disposition du bénéficiaire* pour mettre en relation (3 entretiens) ce dernier avec un psychologue qui déterminera avec lui le contenu de son intervention. Cette prestation est assurée en toute confidentialité.

Si nécessaire, G.A. prend en charge **la 1^{ère} consultation** auprès d'un spécialiste désigné par le bénéficiaire.

L'ensemble des frais engagés pour cette prestation ne peut excéder **100 € TTC**.

4.1.10.4.ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h à 19 h, l'équipe médico-sociale de GA est à l'écoute du bénéficiaire pour réaliser un bilan de votre situation individuelle et l'informer sur les aides dont il peut bénéficier. Celle-ci peut également l'assister, s'il le souhaite, dans ses démarches auprès des organismes appropriés.

4.1.10.5.PRISE EN CHARGE DES ENFANTS OU PETITS ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

4.1.10.5.1 Garde des enfants*

A la demande du bénéficiaire **G.A.* organise et prend en charge pendant 2 jours la garde, par une personne qualifiée, des enfants* au domicile* du bénéficiaire*.**

Cette prestation est prise en charge par G.A.* à raison de 8 heures maximum de garde effective par jour (entre 7h et 19 h), en dehors des week-ends, jours chômés et fériés.

OU

4.1.10.5.2.Transfert des enfants* en France.

A la demande du bénéficiaire **G.A.* organise et prend en charge** le transfert aller et retour des enfants*, **par train (1^{ère} classe) ou avion (classe touriste)**, chez une personne désignée par le bénéficiaire* résidant **en France** (l'accompagnement des enfants* est effectué par nos correspondants ou par un proche désigné par le bénéficiaire*),

Dans le cas où le bénéficiaire* réside dans les DOM, cette personne devra résider dans le département identique à celui du bénéficiaire*.

OU

4.1.10.5.3. Transfert d'un proche en France .

A la demande du bénéficiaire **G.A.* organise et prend en charge** la mise à disposition pour une personne désignée par le bénéficiaire* et résidant **en France d'un billet aller/retour de train (1^{ère} classe) ou d'avion (classe touriste)**, afin qu'elle vienne au domicile* du bénéficiaire* pour effectuer la garde des enfants*.

Dans le cas où le bénéficiaire* réside dans les DOM, cette personne devra résider dans le département identique à celui du bénéficiaire*.

OU

4.1.10.5.4.Conduite des enfants à l'école

Si les enfants sont scolarisés et ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par une personne de l'entourage de l'assuré, **G.A. organise et prend en charge** leur conduite à l'école et leur retour au domicile pendant 2 jours et ce dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de **100 € TTC pour l'ensemble des enfants concernés.**

4.1.10.6. PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS* DEPENDANTS (A PARTIR DE GIR 3)

4.1.10.6.1. Garde des ascendants* au domicile.

A la demande du bénéficiaire* **G.A.* organise et prend en charge pendant 2 jours la garde, par une personne qualifiée, des ascendants* au domicile* du bénéficiaire*.**

Cette prestation est prise en charge par G.A.* à raison de 8 heures maximum de garde effective par jour (entre 7h et 19 h), en dehors des week-ends, jours chômés et fériés.

OU

4.1.10.6.2. Transfert des ascendants* en France métropolitaine

A la demande du bénéficiaire* **G.A.* organise et prend en charge** le transfert aller et retour des ascendants*, **par train (1^{ère} classe) ou avion (classe touriste)**, chez une personne désignée par le bénéficiaire* résidant **en France métropolitaine** (l'accompagnement des ascendants* est effectué par nos correspondants ou par un proche désigné par le bénéficiaire*),

OU

4.1.10.6.3 Transfert d'un proche en France métropolitaine

A la demande du bénéficiaire* **G.A.* organise et prend en charge** la mise à disposition pour une personne désignée par le bénéficiaire* et résidant **en France métropolitaine d'un billet aller/retour de train (1^{ère} classe) ou d'avion (classe touriste)**, afin qu'elle vienne au domicile* du bénéficiaire* pour effectuer la garde des ascendants*.

4.1.10.6.4. TRANSFERT ET GARDE D'ANIMAUX DOMESTIQUES FAMILIERS.

A la demande du bénéficiaire*, G.A.* organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux vivant au domicile du bénéficiaire, dans la limite **de 30 jours à compter du 1^{er} jour de l'évènement.**

4.1.11 REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX ENGAGES A L'ETRANGER ;

4.1.11.1. PRISE EN CHARGE COMPLEMENTAIRE OU AVANCE DES FRAIS MEDICAUX, CHIRURGICAUX, PHARMACEUTIQUES OU D'HOSPITALISATION* ENGAGES A L'ETRANGER

Ces dispositions concernent les frais engagés à la suite d'un accident* ou d'une maladie* ayant un caractère imprévisible, survenant pendant la durée de validité du contrat.

GA* fait l'avance préalable du montant de ces frais au moment de l'intervention à **concurrence de 7700 €TTC par bénéficiaire***, pour une maladie* ou un accident*.

GA* prendra en charge le complément des frais non remboursés par les organismes de Sécurité Sociale ou tout autre organisme auquel est affilié le bénéficiaire ou ses ayants droit.

Cette prise en charge complémentaire intervient à concurrence de 7 700 €TTC par bénéficiaire et par dossier (1 dossier pour une même maladie* ou un même accident*).

Il sera dans tous les cas appliqué une franchise de 40 €par dossier

Ne donnent pas lieu à prise en charge :

- **les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation* :**
 - **consécutifs à un accident* ou une maladie médicalement constatée survenu avant le départ du bénéficiaire à l'étranger**
 - **occasionnés par le traitement d'une maladie ou blessures déjà connue avant la départ du bénéficiaire à l'étranger, à moins d'une complication imprévisible.**
- **les frais de prothèse : optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques, ou autres,**
- **les frais de soins dentaires supérieurs à 153 €TTC,**
- **les frais engagés en France ou dans le pays de résidence d'origine de l'abonné,**
- **les frais de cure thermale ou de séjour en maison de repos,**
- **les frais de rééducation.**

4.1.12.LE MAINTIEN A DOMICILE

A la demande du bénéficiaire ou d'un proche, GARANTIE ASSISTANCE réalise, par téléphone, des audits dans les domaines de la vie quotidienne, de l'habitat ou des ressources financières. Ces audits permettent à GARANTIE ASSISTANCE d'organiser si possible le maintien à domicile du bénéficiaire.

Toute demande du bénéficiaire est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; G.A. s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures dans les domaines mentionnés ci-après.

4.1.13. ALLO INFO SPECIALISEE

G.A.* est à la disposition du bénéficiaire*, du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00, pour lui fournir toutes informations concernant les domaines susceptibles de l'intéresser:

- Médical
- Paramédical
- Social
- Administratif,
- Sécurité sociale,
- Organisationnel etc.....

4.1.12.1.RECHERCHE D'ETABLISSEMENTS SPECIALISES

Si le bénéficiaire* émet le souhait d'intégrer une maison de retraite ou un établissement similaire, G.A.* se charge de s'entretenir avec lui de ses attentes et préoccupations.

Sur la base des souhaits et réserves formulés par le bénéficiaire*, G.A.* recense les opportunités existant dans un rayon de 50 km du domicile* du bénéficiaire* puis communique à ce dernier sa sélection d'établissements.

4.1.12.2.ADAPTABILITE DU DOMICILE

En cas de perte définitive d'autonomie de déplacement affectant le bénéficiaire* et à la demande de ce dernier, G.A.* recherche les solutions techniques, administratives et financières susceptibles de permettre le maintien du bénéficiaire* à son domicile*.

Afin de déterminer au mieux les impératifs d'adaptation du domicile* aux besoins du bénéficiaire* en perte définitive d'autonomie de déplacement, G.A.* missionne un ergothérapeute chargé d'élaborer et proposer une solution de maintien du bénéficiaire* à son domicile*.

4.1.12.3.AUDIT D'ADAPTABILITE DU DOMICILE

A cette fin, l'ergothérapeute :

- réalise un diagnostic technique du caractère fonctionnel du logement : évaluation de l'accessibilité du logement (étages, escaliers, couloirs, etc.) et de son adaptabilité éventuelle (possibilités d'aménagement des pièces et du mobilier, etc.) au regard de la perte définitive d'autonomie de déplacement* ;
- soumet le bénéficiaire* à des tests d'évaluation de sa mobilité au sein de son logement. Cette aptitude à se déplacer, seul et en toute sécurité, est déterminée en tenant compte des équipements adaptés dont dispose le bénéficiaire* lors de la réalisation du bilan (cannes, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, prothèses). Au besoin, l'ergothérapeute s'entretient, pour avis, avec le médecin traitant du bénéficiaire* de la situation de ce dernier et de son évolution probable ;
- dresse un audit de la situation financière et administrative du bénéficiaire*.

4.1.12.3.1.SOLUTION DE MAINTIEN AU DOMICILE

A l'issue de ces opérations, l'ergothérapeute adresse au bénéficiaire* un avis sur la possibilité de maintien au domicile* comportant les renseignements suivants :

- une solution chiffrée d'aménagements immobiliers et/ou d'agencement mobilier accompagnée des coordonnées des professionnels susceptibles de les réaliser,
- l'indication chiffrée des matériels susceptibles de faciliter les déplacements intérieurs et les coordonnées de professionnels commercialisant ce type de matériels ;
- les possibilités d'aides au financement des travaux d'adaptation de son domicile* et la mention des interlocuteurs appropriés (A.N.A.H par exemple) dans ces démarches.

Si le bénéficiaire* accepte la solution suggérée par l'ergothérapeute, il retourne à G.A.* la solution de maintien datée et signée. A réception de l'accord écrit du bénéficiaire*, G.A.* organise :

la réalisation des travaux : G.A.* missionne, dans les meilleurs délais, les prestataires recommandés par l'ergothérapeute pour procéder à la réalisation des aménagements et agencements préconisés.

la commande, la livraison et l'installation des matériels médicaux spécifiques mentionnés dans la solution de maintien au domicile rédigé par l'ergothérapeute.

G.A.* prend en charge la prestation de l'ergothérapeute, à l'exclusion de tous les autres frais.

4.1.13.SERVICE INFORMATIONS

Toute demande d'information du bénéficiaire est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; G.A.* s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures dans les domaines mentionnés ci-après.

NB : La responsabilité de G.A.* ne pourra être recherchée en cas de mauvaise utilisation ou d'interprétation inexacte des renseignements communiqués.

4.1.13.1.CONSEILS MEDICAUX

A la demande du bénéficiaire*, l'un des médecins de G.A.* pourra lui communiquer des informations ou renseignements mais ne pourra en aucun cas faire des consultations médicales par téléphone.

Ces renseignements concernent les domaines suivants :

- Hygiène de vie (alimentaire, etc...)
- Préparation aux voyages
- Maladies infantiles
- Réaction aux médicaments
- Vaccinations

A l'étranger, G.A vous vient en aide, en cas de difficulté à consulter sur place (diagnostic par téléphone, conseils médicaux, adresse de praticiens parlant français ou anglais).

4.1.13.2.RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES ET « VIE PRATIQUE »

G.A.* est à la disposition du bénéficiaire*, du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00, pour lui fournir toutes informations juridiques ou « vie pratique », concernant sa vie privée :

- Droit de la famille,
- Droit de la consommation,
- Droit du travail,
- Démarches administratives,
- Sécurité sociale,
- Etc.

4.1.13.3.ANALYSE DE DEVIS DENTAIRE ET OPTIQUE

A la demande du bénéficiaire*, l'opticien et le dentiste conseil de G.A.* étudient et analysent les dossiers dentaire et optique puis se chargent de

- Calculer et communiquer les montants du reste à charge selon les éléments fournis ;
- Comparer le tarif avec une base de données de référence (tarifs moyens régionaux tenant compte du type de prestation, des matériaux utilisés et de la ville du praticien) ;
- D'informer le bénéficiaire sur les éventuelles autres solutions thérapeutiques ;

5. EXCLUSIONS ET EXONERATION DE RESPONSABILITE

5.1. EXCLUSIONS

Afin de vous assurer la meilleure assistance dans les domaines les plus divers, certaines exclusions sont inévitables. Prenez-en connaissance : vous verrez qu'elles sont logiques et ne constituent en rien une limitation aux prestations précédemment citées.

Ces exclusions concernent G.A. et ne présument pas des prestations garanties par votre Mutuelle.

G.A. ne peut intervenir :

a) Dans tous les cas pour :

- les frais engagés à votre initiative, celle de vos proches ou de vos représentants, si une personne ou une société est choisie pour fournir une prestation prévue par G.A., sans son accord préalable (sauf en cas de force majeure),
- les conséquences d'un dommage intentionnellement commis par l'adhérent,
- la participation à un crime ou un délit,
- les fraudes, falsifications ou déclarations sciemment fausses. Votre garantie, ainsi que celle des autres bénéficiaires du contrat cesse alors immédiatement, les prestations indues devant être remboursées,
- les interventions, ou traitement d'ordre essentiellement esthétique.

b) Pour les frais médicaux, à l'étranger :

- le diagnostic, la surveillance ou le traitement d'un état de grossesse, sauf complication nette et imprévisible, et en tout cas après le 6^{ème} mois,
- l'interruption volontaire de grossesse et ses suites éventuelles,
- les frais consécutifs à une tentative de suicide, à l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants non ordonnés médicalement ou obtenus frauduleusement,
- les cures thermales,
- les frais de prothèses
- si vous décidez volontairement d'aller vous faire soigner à l'étranger,
- si ces frais sont relatifs à un traitement ordonné en France avant votre départ, sauf cas d'aggravation imprévisible.

c) Circonstances exceptionnelles :

G.A. ne peut être tenue pour responsable de retards dans l'exécution des prestations ci-dessous, voire de leur inexécution, en cas de :

- la guerre civile ou étrangère déclarée ou non,
- les hostilités, représailles, conflits, saisies-arrêts, contraintes, mobilisations ou détentions, par une autorité de voie de fait,
- la réquisition des hommes et du matériel par les autorités,
- les actes de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées,
- les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, etc...
- les cataclysmes et catastrophes naturelles,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyau d'atome ou de la radioactivité,
- et par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat, notamment les interdictions décidées par les autorités locales.

5.2. EXONERATION DE RESPONSABILITE

GA* est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties. Toutefois :

- la responsabilité de G.A.* est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère ;
- la responsabilité de G.A.* ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif (ve) aux disponibilités locales ;
- la responsabilité de G.A.* ne pourra pas être invoquée lorsque le défaut de mise en œuvre des garanties est consécutif à un refus du bénéficiaire ou du médecin traitant de communiquer les informations médicales et/ou administratives sollicitées par G.A.* pour vérifier la réalité de l'événement invoqué par le bénéficiaire à l'appui de la demande d'assistance.
- D'une manière générale, G.A.* ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :
 - soit, d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L.121-8 alinéa 2 du code des assurances),
 - soit, des saisies ou contraintes par la force publique,
 - soit, des interdictions officielles,
 - soit, des actes de piraterie ou d'attentats commis sur le territoire d'un pays autre que la France,
 - soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
 - soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

CHAPITRE II :
ACCIDENT RESULTANT DE LA PRATIQUE D'ACTIVITES SPORTIVES, CULTURELLES,
TOURISTIQUES, AMICALES OU DE LOISIRS

GARANTIES Soli'Sports - CONTRAT n° 1130

**Contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire souscrit
par la mutuelle « La Solidarité Mutualiste » auprès de la Mutuelle des Sportifs
conformément à l'article L 221-3 du Code de la Mutualité**

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Il a pour objet de garantir aux assurés tels que définis à l'article 2.1 le règlement de prestations **complémentaires** lors de la survenance d'accidents résultant de la pratique d'activités sportives, culturelles, touristiques, amicales de loisirs et de la vie courante.

ARTICLE 2 : DEFINITIONS

2.1 : Assurés : Sont assurés tous les bénéficiaires de la mutuelle « La Solidarité Mutualiste » à l'exception de ceux résidant dans les territoires d'outre-mer.

2.2 : Activités garanties : Ce sont toutes les activités sportives, culturelles, touristiques, amicales de loisirs et de la vie courante, **à l'exclusion de toute activité ou pratique professionnelle.**

Les activités qui nécessitent l'usage de véhicules terrestres à moteur sont garanties exclusivement dans le cadre des manifestations organisées par un club légalement constitué (association ou société) ou sur un circuit spécialisé et autorisé dans le cadre de la législation en vigueur. En outre, les assurés doivent avoir souscrit l'assurance obligatoire des véhicules à moteur (Loi du 27 février 1958).

Par activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante, il faut entendre toute activité non lucrative, pratiquée à domicile ou à l'extérieur, exercée librement, hors les temps des sujétions professionnelles.

Sont notamment couvertes : les activités scolaires et universitaires, les sorties culturelles, le bricolage, le jardinage, la cuisine etc...

L'activité garantie peut être pratiquée 7 jours/7, 24 h/24 et dans le monde entier, sous réserve que les séjours à l'étranger n'excèdent pas 90 jours. **Les séjours et/ou stages à l'étranger organisés dans un cadre institutionnel scolaire et/ou universitaire sont néanmoins admis dans la limite d'une année calendaire.**

2.3 : Accidents garantis

Ce sont les accidents survenus pendant les activités garanties.

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Par extension, l'accident médical survenant à l'occasion de soins consécutifs à un accident garanti peut ouvrir droit également aux prestations du présent contrat.

Il y a accident médical lorsque un acte ou un ensemble d'actes de soins, de prévention ou d'exploration pratiqués par des médecins ou auxiliaires médicaux visés au livre 4 du Code de la santé publique ou, s'agissant d'un acte accompli hors de France, par des praticiens autorisés à exercer par la réglementation du pays où l'acte a été effectué, a eu sur la santé de l'assuré des conséquences dommageables anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état de santé antérieur.

Par extension également, les attentats, infractions ou catastrophes naturelles dont peut être victime l'assuré sont assimilés à des accidents.

2.4. : Invalidité permanente totale ou partielle et préjudices annexes

L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'il est privé définitivement de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles.

Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le barème du concours médical qui sera utilisé (Cf. article 2.5. ci-dessous). Il sera tenu compte des préjudices annexes. Ces préjudices annexes seront évalués sur une échelle de 1 à 7 en usage dans le contexte du droit commun. Ils ne peuvent conduire à majorer de plus de 10% le taux de l'invalidité permanente lorsqu'ils sont inférieurs ou égaux à 4,5 et à plus de 20% lorsqu'ils sont supérieurs à 4,5. **L'ensemble de l'indemnisation ne peut en aucun cas excéder le capital souscrit pour 100% d'invalidité.**

2.5 : Barème du concours médical

Il s'agit du barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun édité par « LE CONCOURS MEDICAL ».

ARTICLE 3 : GARANTIES

3.1 : Garantie A : Frais de soins de santé

Cette garantie est accordée viagèrement aux assurés tels que définis à l'article 2.1. Cette garantie prévoit en cas d'accident survenu en cours d'assurance et pendant les activités garanties la mise à disposition d'un capital santé d'un montant maximal de 800 €.

Ce capital santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.

L'assuré peut, sur justificatifs, et dans la limite des frais réels restant à charge, après remboursement par le régime de sécurité sociale, de la Mutuelle « La solidarité Mutualiste » et de tout régime de prévoyance complémentaire, disposer de ce capital pour toutes les dépenses suivantes sous la réserve expresse qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :

- les frais pharmaceutiques, médicaux ou chirurgicaux,
- les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- les lunettes et les lentilles dans la limite d'un forfait de 91,47 €,
- les dents fracturées,
- les prothèses déjà existantes nécessitant une réparation ou un remplacement,
- les frais de premier transport du lieu de l'accident à celui de l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins,
- les frais de transport des accidentés de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles ou au lieu des soins prescrits médicalement et ce, dans la limite de 0,25 € par km,
- en cas d'hospitalisation la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision etc... ne sont pas pris en compte) et/ou le coût d'un parent accompagnant si le blessé a moins de 12 ans,

- *les frais d'ostéopathie, sous réserve que les soins soient pratiqués par un Médecin praticien.*

La Mutuelle des Sportifs arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'assuré.

Il est expressément précisé que cette garantie respecte les conditions des contrats responsables instaurés par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Ainsi sont exclus des remboursements accordés par la mutuelle :

- La participation forfaitaire prévue au paragraphe 2 de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité Sociale(1€ au 1^{er} janvier 2005).

- La majoration de participation mise à la charge des assurés par l'article L 162-5-3 dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant (non respect du parcours de soins par l'adhérent).

- les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel en application de l'article L 161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale.

- Les dépassements d'honoraires autorisés par le 18° alinéa de l'article L 162-5 si l'adhérent est hors du parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

3.2. : Garantie B : Capital Invalidité permanente totale ou partielle.

Cette garantie est exclusivement acquise aux adhérents individuels et collectifs à adhésion facultative.

Cette garantie, qui prévoit en cas d'invalidité permanente résultant d'un accident survenu en cours d'assurance le versement d'un capital dont le montant maximal est de 15 000 €, est assurée aux adhérents individuels et collectifs à adhésion facultative.

Ce capital est versé en totalité lorsque le taux d'I.P.P. est égal à 100%.

Pour les taux d'invalidité inférieurs à 100% le capital effectivement dû est calculé conformément au barème figurant en Annexe A ci-dessous.

Aucun capital n'est versé pour un taux d'I.P.P. inférieur ou égal à 5%.

Le taux est fixé d'après le barème du concours médical et dans les conditions prévues aux articles 2.4 et 2.5.

En cas d'invalidité préexistante qui ne serait pas la conséquence d'un accident pris en charge précédemment dans le cadre du présent contrat, seule la majoration du taux d'invalidité imputable à l'accident garanti sera prise en compte. Pour l'appréciation de cette disposition, cette majoration de taux est substituée au taux dans le barème annexé susvisé.

En revanche dès lors qu'un assuré a déjà été indemnisé au titre du présent contrat et qu'il fait l'objet d'une majoration de son taux d'I.P.P. déjà attribué, soit en cas d'accidents successifs, soit en cas d'aggravation documentée de l'état séquentaire, imputable de façon certaine et directe à l'accident ; le capital dû est égal à la différence entre le capital dû au titre du taux d'invalidité majoré et le capital déjà versé au titre du taux d'invalidité préexistant.

Bien que les garanties soient assurées dans le monde entier, l'état d'invalidité permanente totale ou partielle doit être constaté médicalement en France métropolitaine ou dans les principautés d'Andorre et de Monaco.

3.3. : Garantie C : Capital Invalidité absolue et définitive

Cette garantie est exclusivement acquise aux adhérents collectifs à adhésion obligatoire.

*En cas d'accident survenu pendant les activités garanties et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que cet accident a entraîné à la consolidation du blessé **une invalidité reconnue comme absolue et définitive ou correspondant à une perte totale et irréversible d'autonomie visée au 3° de l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité Sociale, la MDS lui verse un capital dont le montant est de 15 000 €.***

En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

Expertise médicale

Dans tous les cas d'invalidité absolue et définitive ou d'invalidité correspondant à une perte totale et irréversible d'autonomie visée au 3° de l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité Sociale et préalablement à tout versement, une expertise médicale est diligentée par le médecin conseil désigné par la MDS.

En cas de désaccord entre les conclusions du médecin de l'assuré et de celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné par protocole signé d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal de grande instance.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par chacune des deux parties afin que soit garantie son indépendance et son impartialité.

ARTICLE 4 : EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- les accidents qui se produisent lorsque les activités pratiquées nécessitent l'usage de véhicule terrestre à moteur et qu'ils surviennent en dehors de manifestations organisées par un club légalement constitué (association ou société) ou en dehors d'un circuit spécialisé et autorisé dans le cadre de la législation en vigueur.
- les accidents du travail ou les maladies professionnelles reconnus par la Sécurité Sociale,
- les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active,
- les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense,
- les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,
- les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré,
- les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.

ARTICLE 5 : OBLIGATIONS DE L'ASSURE

5.1 – Déclaration d'accident :

Sauf cas de force majeure tout accident résultant de la pratique d'une des activités garanties doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide d'un formulaire type adressé sous pli cacheté au médecin conseil de la mutuelle « la Solidarité Mutualiste » et de la Mutuelle des Sportifs.

La non déclaration ou la déclaration passé le délai ci-dessus, entraîne la déchéance, dans la mesure où le retard non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice à la Mutuelle des Sportifs.

En cas de non déclaration par l'assuré de la modification du risque celui-ci s'expose à la déchéance de garantie.

5.2 – Pièces à fournir bénéficiaire du capital Santé (Garantie A) :

Pour bénéficier de prestations au titre du capital Santé, l'assuré doit outre les obligations mentionnées au 5.1 ci-dessus fournir les pièces ci-dessous :

- bordereaux originaux de la mutuelle « La Solidarité Mutualiste » et/ou de tout organisme de prévoyance complémentaire, copie des bordereaux de la Sécurité Sociale et/ou du régime de prévoyance obligatoire,
- les copies des prescriptions médicales,
- les factures éventuelles.

En cas de nécessité, la M.D.S. demandera tout justificatif utile.

5.3 – Pièces à fournir en cas d'invalidité (Garanties B et C) :

Dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de 90 jours, un certificat médical doit être transmis directement au médecin conseil de la M.D.S. et doit préciser :

- le taux d'invalidité probable et la date de consolidation. Si l'assuré est affilié au régime général de la Sécurité Sociale (ou à un régime équivalent) la notification classant son invalidité 3^{ème} catégorie au sens du Code de la Sécurité Sociale,
- la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'adhérent,
- la date de première constatation de l'affection.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expertiser l'assuré par un médecin expert de son choix.

ARTICLE 6 : DROIT DE CONTROLE ET EXPERTISE

La Mutuelle des Sportifs se réserve le droit de contester les conclusions des certificats médicaux et des notifications fournis par l'assuré.

Pour ce faire, les médecins délégués de la M.D.S. ont libre accès auprès de l'assuré pour procéder à tout contrôle ou toute expertise ; de son côté, l'assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par un médecin.

Si l'assuré s'y refusait, il perdrait tout droit aux prestations pour l'accident en cause. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal compétent de Paris.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son Médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par les deux parties.

ARTICLE 7 - REPRESENTATION DES ASSURES A L'ASSEMBLEE GENERALE DE LA M.D.S.

Les adhérents de la Solidarité Mutualiste bénéficiant du présent contrat deviennent membres participants de la M.D.S.

Ils reçoivent gratuitement un exemplaire des statuts de la M.D.S.

Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 et 12 des statuts susvisés, leur représentation à l'assemblée générale de la M.D.S. est organisée comme suit :

- La Solidarité Mutualiste constitue une section de vote qui doit élire un délégué et un délégué suppléant à l'assemblée générale de la M.D.S.,
- la M.D.S. prend acte du processus démocratique et réglementé des élections organisées au sein de la Solidarité Mutualiste et reconnaît comme légitime l'élection des délégués par les membres de leur Conseil d'Administration.

La Solidarité Mutualiste s'engage à communiquer à la M.D.S. sur simple demande de cette dernière, toute information susceptible de déterminer exactement le nombre des adhérents cotisants, et notamment la liste nominative de ses affiliés, l'exactitude de cette liste présentant un caractère déterminant pour la régularité de l'organisation des Assemblées Générales de la Mutuelle.

ARTICLE 8 - INFORMATIQUE ET LIBERTE

Les informations recueillies dans la demande d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion du présent contrat.

L'adhérent peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle « La Solidarité Mutualiste », de la Mutuelle des Sportifs ou de leurs réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification auprès de la mutuelle « La Solidarité Mutualiste » et de la M.D.S. à l'adresse de leurs sièges sociaux (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978).

ARTICLE 9 – MEDiateur

En cas de difficulté, les assurés peuvent d'abord consulter leur interlocuteur habituel, en principe, la mutuelle « La Solidarité Mutualiste » ; si le désaccord persiste, ils peuvent s'adresser à la M.D.S. Au cas où le litige n'a pu être résolu par ces voies, ils peuvent demander les coordonnées du médiateur compétent, dont les conditions de saisine lui seront communiquées sur simple demande.

ARTICLE 10.- PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription peut être interrompue par l'une des conditions prévues par le Code de la Mutualité par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception.

ARTICLE 11 - GARANTIES ASSISTANCE- RAPATRIEMENT

Les garanties « Assistance Rapatriement » souscrites par la M.D.S à titre obligatoire pour l'ensemble de ses adhérents auprès de Mutuaide Assistance, figurent à l'Annexe B ci-jointe.

ANNEXE A
CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA MUTUELLE DES SPORTIFS
AU TITRE DE LA GARANTIE B

Taux	€	Taux	€
100%	15 000,00	50%	3 750,00
99%	14 850,00	49%	3 675,00
98%	14 700,00	48%	3 600,00
97%	14 550,00	47%	3 525,00
96%	14 400,00	46%	3 450,00
95%	14 250,00	45%	3 375,00
94%	14 100,00	44%	3 300,00
93%	13 950,00	43%	3 225,00
92%	13 800,00	42%	3 150,00
91%	13 650,00	41%	3 075,00
90%	13 500,00	40%	3 000,00
89%	13 350,00	39%	2 925,00
88%	13 200,00	38%	2 850,00
87%	13 050,00	37%	2 775,00
86%	12 900,00	36%	2 700,00
85%	12 750,00	35%	2 625,00
84%	12 600,00	34%	2 550,00
83%	12 450,00	33%	990
82%	12 300,00	32%	960
81%	12 150,00	31%	930
80%	12 000,00	30%	900
79%	11 850,00	29%	870
78%	11 700,00	28%	840
77%	11 550,00	27%	810
76%	11 400,00	26%	780
75%	11 250,00	25%	750
74%	11 100,00	24%	720
73%	10 950,00	23%	690
72%	10 800,00	22%	660
71%	10 650,00	21%	630
70%	10 500,00	20%	600
69%	10 350,00	19%	570
68%	10 200,00	18%	540
67%	10 050,00	17%	510
66%	9 900,00	16%	480
65%	9 750,00	15%	450
64%	9 600,00	14%	420
63%	9 450,00	13%	390
62%	9 300,00	12%	360
61%	9 150,00	11%	330
60%	9 000,00	10%	300
59%	4 425,00	9%	270
58%	4 350,00	8%	240
57%	4 275,00	7%	210
56%	4 200,00	6%	180
55%	4 125,00	5%	0
54%	4 050,00	4%	0
53%	3 975,00	3%	0
52%	3 900,00	2%	0
51%	3 825,00	1%	0

ANNEXE B : ASSISTANCE

Garanties souscrites par la MDS à titre obligatoire pour l'ensemble de ses adhérents auprès de Mutuaide Assistance,

Entreprise régie par le Code des Assurances, S.A. à Directoire et conseil de Surveillance au capital de
4 590 000 €,
8-14 avenue des Frères Lumière, 94366 Bry-sur-Marne

Mutuaide Assistance, dans le respect des dispositions du Code des assurances assure les garanties « MDS Assistance » proposées aux assurés victimes d'accident ou de maladie grave, dans le cadre des activités garanties telles que décrites à l'article 2.2. ci-dessus.

Article 1: DEFINITIONS

Pour l'application des présentes garanties, il faut entendre par :

1.1 - Accident grave :

Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et lui interdisant tout déplacement par ses propres moyens.

1.2. - Maladie grave :

Une altération de santé constatée par une autorité médicale notoirement compétente interdisant de quitter la chambre et impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre.

Article 2 : GARANTIES

2.1. - Rapatriement médical

En cas d'accident ou maladie grave d'un assuré, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge son transport jusqu'à son domicile, ou jusqu'à l'hôpital le plus proche de son domicile, par le moyen le plus approprié.

La décision de rapatriement est prise par le médecin conseil de MUTUAIDE ASSISTANCE, après avis du médecin traitant, et éventuellement du médecin de famille.

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter le choix du moyen de transport et du lieu d'hospitalisation dans lequel MUTUAIDE ASSISTANCE aura réservé, si nécessaire, une place.

MUTUAIDE ASSISTANCE se réserve le droit de réclamer à l'assuré ainsi rapatrié le montant du remboursement du titre de transport initial prévu éventuellement détenu et non utilisé du fait du rapatriement.

2.2. - Remboursement des frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger

Avant son départ, le bénéficiaire doit se munir du justificatif délivré par l'organisme social auquel il est affilié (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) pour un séjour dans un pays de l'Union Européenne.

A la suite d'accident ou de maladie grave de l'assuré survenu à l'étranger dans le cadre des activités garanties, MUTUAIDE ASSISTANCE rembourse la partie des frais médicaux qui n'a pas été prise en charge par les organismes sociaux et/ou tout organisme de prévoyance ou complémentaire de l'assuré à concurrence de **5 335,72€**

Franchise : Franchise relative de 15,24 € par dossier.

En cas de nécessité, MUTUAIDE ASSISTANCE pourra consentir une avance de fonds contre la remise d'un chèque de garantie ou d'une reconnaissance de dette. Cette avance est remboursable dans le mois qui suit le retour en France du bénéficiaire, à défaut le chèque de garantie est encaissé dans les 45 jours.

Exclusions particulières :
Les frais médicaux en France
Les prothèses, appareillages
Les cures thermales, les rééducations.

2.3. - Visite d'un proche

En cas d'hospitalisation pour une durée de plus de 10 jours d'un assuré en déplacement dans le cadre des activités garanties, si celui-ci est seul sur place et si les médecins ne préconisent pas de rapatriement immédiat, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge le déplacement aller/retour d'une personne désignée par l'assuré hospitalisé, et résidant en France, afin de se rendre à son chevet.

Les frais d'hébergement de cette personne ne sont pas pris en charge.

Aucune exigence de durée d'hospitalisation n'est demandée si le bénéficiaire hospitalisé est un enfant mineur.

2.4. - Retour anticipé uniquement depuis l'étranger

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge le retour prématuré de l'assuré en déplacement à l'étranger dans le cadre des activités garanties en cas de décès en France du conjoint (ou concubin), d'un ascendant au premier degré ou descendant au premier degré.

La prise en charge du retour anticipé de l'assuré s'effectue sur la base d'un titre de transport aller/retour pour regagner le domicile, ou le lieu des obsèques en France.

La mise à disposition du titre de transport est immédiate mais, il sera demandé au bénéficiaire du retour anticipé de fournir, dès que possible, une copie du certificat de décès, ainsi que tout document utile permettant d'établir le degré de parenté.

2.5. - Rapatriement de corps

En cas de décès d'un assuré, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge le transport de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation en France.

MUTUAIDE ASSISTANCE participe à concurrence de **457,35 € TTC** aux frais de cercueil utilisé pour le transport du corps organisé par elle. Les frais de cérémonie et d'inhumation restent à la charge de la famille.

En cas de décès à l'étranger uniquement, si la présence d'un ayant droit est requise par les autorités locales pour effectuer les démarches nécessaires au rapatriement, MUTUAIDE ASSISTANCE met à sa disposition et prend en charge un titre de transport aller/retour.

2.6. – Frais de recherche et/ou de secours en mer, lac et rivière, sur terre, en montagne...

Prise en charge ou remboursement des frais de recherche et/ou de secours à concurrence de **30 000 €**

Cette prestation s'applique aux frais de recherche et/ou de secours non pris en charge par les organismes publics de secours.

Modalités d'application et procédure de déclaration :

L'assuré ou toute personne agissant en son nom, doit aviser MUTUAIDE ASSISTANCE immédiatement verbalement et, au plus tard, dans les 48 heures suivant l'intervention.

Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, dans les 5 jours suivant la date de facture, l'assuré, ou ses ayants droits, doit faire parvenir directement à MUTUAIDE ASSISTANCE :

- l'original de la (des) facture (s) acquittée (s) et faisant ressortir la date, les motifs et la nature de l'intervention,

- un certificat médical initial précisant la nature de l'atteinte corporelle grave, adressé sous pli confidentiel au Médecin Chef de MUTUAIDE ASSISTANCE,
- un certificat de décès ou un constat des autorités de police, suivant le cas.

Remboursement :

Le remboursement des frais se fait exclusivement à l'assuré ou à ses ayants droits, à l'exclusion de toute autre personne physique ou morale.

Toute intervention et demande de remboursement non conforme à des dispositions entraîne la déchéance de tout droit à remboursement.

Article 3 - EXCLUSIONS GENERALES

- La pratique professionnelle de toutes activités sportives.
- Dans tous les cas les prestations qui n'ont pas été demandées et/ou qui n'ont pas été organisées par MUTUAIDE ASSISTANCE ou en accord avec elle.
 - Tout déplacement excédant 90 jours consécutifs, sauf pour les étudiants, exclusivement dans le cadre d'échanges universitaires à l'Etranger pour qui sont garantis les déplacements jusqu'à 12 mois consécutifs.
- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas de poursuivre son voyage.
- Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance.
- Les faits provoqués intentionnellement par le bénéficiaire ou résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide pendant la première année de garantie.
- Une infirmité préexistante.
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement.
- Les états de grossesse de plus de 6 mois (date présumée de conception) à moins d'une complication imprévisible.
- Les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées.
- Le suicide ou la tentative de suicide, une mutilation volontaire du bénéficiaire.
- Les dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.
- Les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré.

Article 4 - MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

MUTUAIDE ASSISTANCE assure l'organisation des prestations et la couverture des garanties décrites ci-dessus 24 h sur 24 et 7 jours sur 7.

Ce service Assistance est accessible

Par téléphone	01.45.16.65.70 (International + 33.1.45.16.65.70)
Par fax	01.45.16.63.92 (International + 33.1.45.16.63.92)
Par télex	261.531

MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

MUTUAIDE ASSISTANCE intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

Article 5 - CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

La responsabilité de MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

CHAPITRE III: **ALLOCATIONS OBSEQUES**

Contrat collectif d'assistance à caractère obligatoire souscrit par la Solidarité Mutualiste auprès de La Mutuelle Générale de Prévoyance pour le compte de ses adhérents, conformément à l'article L 221-3 du Code de la Mutualité.

Article 1 : Objet du contrat

Il a pour objet de garantir aux assurés tels que définis à l'article 2.1 le règlement d'une allocation obsèques

Article 2 : Bénéficiaires de l'allocation obsèques

Sont bénéficiaires de la garantie, les membres participants, leurs conjoints et leurs enfants jusqu'à 18 ans s'ils sont apprentis et 25 ans s'ils poursuivent leurs études et couverts aux titres de la garantie santé (options A, B, C, D, E ou F) de la solidarité Mutualiste

Article 3 : Prestations garanties

La Mutuelle Générale de Prévoyance, organisme assureur, garantit en cas de décès d'un membre participant, conjoint ou enfants jusqu'à 18 ans s'ils sont apprentis et 25 ans s'ils poursuivent leurs études et couverts aux titres de la garantie santé (options A, B, C, D, E ou F) de la solidarité Mutualiste, le versement d'une allocation pour frais d'obsèques à hauteur des dépenses supportées et plafonnée à un montant de 2 286,74 euros.

Le montant de l'allocation sera versé à la personne justifiant du paiement des obsèques.

Article 4 : Cotisations

La cotisation afférente aux garanties souscrites est gérée par la Solidarité Mutualiste. Elle est incluse dans la cotisation de base.

Article 5 : Date d'effet

Le contrat n° 75.3.GI.0000010.000003 prend effet à compter du 1^{er} /07/2006 à 0 heures.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par une des parties par lettre recommandée au moins deux mois avant cette date.

Article 6: Gestion des prestations

La Mutuelle Générale de Prévoyance délègue à la Solidarité Mutualiste la gestion des prestations. A ce titre, elle est chargée de procéder à la constitution des dossiers conformément aux règles précisées ci-dessous :

Les demandes de prestations doivent être adressées à la Solidarité Mutualiste accompagnées des pièces suivantes :

- Extrait d'acte de décès de l'adhérent,
- Une pièce justificative attestant du montant et du paiement des frais d'obsèques,
- Un relevé d'identité bancaire ou postal

La Solidarité Mutualiste procédera au règlement des sommes dues dans un délai maximum de 10 jours à compter de la date de réception du dossier complet.

Article 7: Exclusion

Aucune exclusion n'est intégrée dans cette garantie

Article 8: Cessation du contrat

La garantie prend fin à la date de résiliation du contrat n° 75.3.GI.0000010.000003. Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation continuent à être assurés jusqu'à l'extinction des droits au montant atteint à cette date.

Article 9: Conséquence d'une résiliation :

A) Résiliation de la garantie Santé

La présente garantie est indissociable de l'offre santé proposée par la Solidarité Mutualiste.

Aussi, en cas de résiliation par l'adhérent ou par la Solidarité Mutualiste de cette offre santé, la présente garantie sera elle-même résiliée.

B) Résiliation de la convention de diffusion ou du contrat en inclusion

En cas de résiliation de la convention de diffusion de garanties en inclusion à une garantie santé passée entre la Mutuelle Générale de Prévoyance et la Solidarité Mutualiste

Et/ou

En cas de résiliation du contrat en inclusion n° 75.3.GI.0000010.000003 soit par la Mutuelle Générale de Prévoyance ou par la Solidarité Mutualiste

Et ce quel que soit le motif de cette résiliation, soit

- de la garantie santé,
- de la convention de diffusion,
- Du contrat en inclusion,

Par quelles que parties que ce soit, la mise en oeuvre de la présente garantie cessera en tout état de cause au terme du contrat en inclusion n° 75.3.GI.0000010.000003.

Article 10 Litiges

Les parties, en cas de litige, s'engagent avant toute action judiciaire à tout mettre en oeuvre pour trouver une solution amiable.

Article 11 Action judiciaire

En l'absence d'accord amiable et s'il y a recours à une action judiciaire, le litige sera porté devant le tribunal compétant duquel dépend le siège social de la Mutuelle Générale de Prévoyance.

Article 12 Prescription

Toutes actions dérivant du contrat en inclusion n° 75.3.GI.0000010.000003 sont prescrites par deux ans (dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré) à compter de l'évènement qui y donne naissance.

La Mutuelle Générale de Prévoyance, peut, à tout moment, faire procéder à la vérification, par tout procédé qu'elle jugerait utile, de l'exactitude des documents fournis par la solidarité Mutualiste, le membre participant ou ses ayants droit et le bénéficiaire, tant à l'appui de l'adhésion et du versement des cotisations, qu'à l'occasion de l'ouverture de droits à prestation.

La garantie accordée au membre participant par la Mutuelle Générale de Prévoyance, est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou diminue l'opinion de la Mutuelle Générale de Prévoyance, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle Générale de Prévoyance qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêt.

Article 13 Modification et résiliation du contrat en inclusion

Toute modification du contrat en inclusion n° 75.3.GI.0000010.000003 affectant les caractéristiques de la garantie sera portée à la connaissance des adhérents par la Solidarité Mutualiste.

En cas de résiliation du contrat en inclusion n° 75.3.GI.0000010.000003, les prestations résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation, continuent d'être assurés jusqu'à l'extinction des droits.

Article 14 Clause d'erreur

La Mutuelle Générale de Prévoyance peut, à tout moment, faire procéder à la vérification sur place e l'exactitude des documents produits par la solidarité Mutualiste à l'appui du versement des cotisations.

En cas d'omission, d'erreur ou d'inexactitude du fait de la solidarité Mutualiste dans l'application du contrat, ayant entraîné un préjudice pour la Mutuelle générale de prévoyance, ledit contrat pourra faire l'objet d'une résiliation immédiate. La Mutuelle Générale de Prévoyance cessera le paiement des prestations à la date de résiliation qui sera signifiée par lettre recommandée. La résiliation ne donne pas droit au remboursement des cotisations encaissées.

Par ailleurs, s'il est démontré qu'une prestation a été attribuée à tort sur la production de documents erronées ne mettant pas en cause la bonne foi de la solidarité Mutualiste, le service des prestations est supprimé à l'expiration d'un délai de 3 mois suivant la date à laquelle la suspension est notifiée par lettre recommandée.

Article 15 Déchéance

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la Solidarité Mutualiste, la Mutuelle Générale de Prévoyance décide la suspension immédiate du service des prestations et fait procéder à une enquête au cours de laquelle celui-ci est invité à fournir des explications.

Si le résultat de cette enquête confirme les faits reprochés au souscripteur, la Mutuelle générale de Prévoyance peut décider, compte tenu de la gravité de la faute, la suspension définitive du service des prestations pendant une période déterminée ou l'annulation pure et simple, partielle ou totale des droits aux prestations sans préjudice de poursuites à engager contre la solidarité Mutualiste reconnue coupable pour la récupération des sommes indûment payées.

En tout état de cause, les cotisations antérieurement versées par l'intéressé demeurent acquises à la la Mutuelle Générale de Prévoyance.

Article 16 Subrogation

La Mutuelle Générale de Prévoyance est subrogée de plein droit aux membres du groupe signataire, victimes d'un accident dans leur action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées.

Article 17 Mise en oeuvre des garanties

Les garanties sont mises en oeuvre à l'initiative de l'adhérent ou de ses ayants droit qui présentent à l'appui de leur demande les justificatifs nécessaires.

Une fois établi le droit à prestations, celles-ci sont versées par la Mutuelle Générale de Prévoyance à la solidarité Mutualiste qui se charge de les reverser au bénéficiaire.

CHAPITRE IV:
Protection juridique Santé et Sociale

Contrat collectif d'assistance à caractère obligatoire souscrit par la Solidarité Mutualiste auprès de ASSISTANCE PROTECTION JURIDIQUE pour le compte de ses adhérents, conformément à l'article L 221-3 du Code de la Mutualité.

SOLI'JURIS

1. LES DEFINITIONS

- . **Bénéficiaire :** L'Assuré, c'est-à-dire l'adhérent, son conjoint, son concubin ou la personne liée à lui par un pacte civil de solidarité, ainsi que leurs enfants fiscalement à charge vivant sous leur toit.
Le bénéficiaire est désigné ci-après par le terme "vous".
- . **Litige :** Toute opposition d'intérêts entre vous et une (des) personne(s) non assurée(s) par ce contrat, qui se traduit, soit par une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire, soit par une poursuite pénale que vous engagez .
- . **Tiers :** C'est toute personne physique ou morale non assurée par le contrat, à l'exclusion de l'intermédiaire d'assurance, de l'Assureur, de l'Assisteur et du Souscripteur.
- . **Accident :** Atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure.
- . **Juridiquement insoutenable :**
C'est le caractère absolument non défendable de votre position, dans le cadre de votre litige, au regard des sources juridiques en vigueur;
- . **Intermédiaire d'assurance:**
COGEMUT
SARL au capital de 100 000 €- RCS Créteil B 408 184 208 – APE 672 Z
26 bis boulevard de Strasbourg 94160 Nogent sur Marne
- . **Souscripteur :** LA SOLIDARITE MUTUALISTE
34, rue des Martyrs
75440 Paris Cedex 09
- . **Assureur Protection Juridique:**
ASSISTANCE PROTECTION JURIDIQUE
Société anonyme d'assurance au capital de 6 372 592 euros entièrement versé
Entreprise régie par le Code des Assurances - R.C.S. Bobigny 334 656 386 - APE 660E
Siège social : "Le Vendôme" - 12, rue du Centre 93196 Noisy-le-Grand Cedex.
L'Assureur est désigné ci-après par le terme "nous".
- . **Assisteur :** GARANTIE ASSISTANCE
Société Anonyme au capital de 1 850 000 euros
Entreprise régie par le Code des Assurances - RCS Paris 312 517 493
Siège social : 38, rue la Bruyère – 75 009 Paris.

2. OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie d'assurance est régie par le Code des Assurances.

En cas de survenance d'un **litige garanti**, elle assure la défense de vos droits soit dans un **cadre amiable**, soit dans un **cadre judiciaire** si une solution transactionnelle n'est pas trouvée.

Nous prenons alors en charge, dans les limites prévues à la garantie, les frais de justice et honoraires d'avocat qui s'avèrent nécessaires.

Pour bénéficier de la garantie, vous devez avoir pris connaissance de votre litige postérieurement à la date d'effet de garantie et votre déclaration de sinistre doit être effectuée à notre Société antérieurement à la date de fin d'effet des garanties.

3. LITIGES GARANTIS

1/ RESPONSABILITE MEDICALE

. Nous prenons en charge :

- les actions en réparation que vous êtes susceptible d'engager contre un professionnel de santé (personne physique, par exemple : chirurgien, dentiste, kinésithérapeute ou personne morale, par exemple : Hôpital, clinique, maison de rééducation, établissement psychiatrique), lorsque vous êtes victime d'un préjudice relevant de sa responsabilité professionnelle,

-les actions en réparation que vous êtes susceptibles d'engager contre un ostéopathe, un acupuncteur ou un chiropracteur,

- les litiges vous opposant à L'ONIAM (Office Nationale d'Indemnisation des Accidents Médicaux).

2/ PERSONNES MORALES PUBLIQUES ET PRIVEES

Nous prenons en charge les litiges :

- vous opposant aux organismes obligatoires de sécurité sociale et de prévoyance, ainsi qu'aux organismes privés et aux mutuelles gestionnaires des prestations complémentaires, relatifs par exemple aux risques accident du travail, maladie, vieillesse, décès, maternité, invalidité....,

- vous opposant à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H.) ou à la Commission Départementale d'Education Spéciale(CDES),

- liés à votre état de santé et vous opposant aux compagnies d'assurance ou aux établissements bancaires au titre du versement d'une indemnité contractuellement prévue,

- individuels du travail vous opposant à votre employeur public ou privé, **sans rapport avec vos activités politiques ou syndicales.**

3/ PREJUDICE CORPOREL

Accidents

Nous prenons en charge les actions que vous êtes susceptibles d'engager contre un tiers, responsable d'un dommage corporel et/ou d'un décès résultant :

- d'un accident de la vie privée,

-d'un accident lié à la pratique d'un sport de loisirs, **à l'exclusion de toute participation à une compétition et à la pratique d'un sport professionnel,**

- d'un accident lié à des catastrophes naturelles ou technologiques.

- d'un accident de la circulation. **Notre action est alors subordonnée à l'absence de prise en charge de votre recours par un assureur indemnitaire ou de responsabilité civile et à l'absence d'infraction de votre part à une obligation légale d'assurance.**

Infractions pénales

Nous prenons en charge les actions en réparation que vous êtes susceptibles d'engager à l'encontre d'un tiers responsable d'un dommage corporel ou d'un décès résultant :

- d'une agression ou de toute autre infraction pénale ;

- d'un attentat.

4. LES EXCLUSIONS ET DECHEANCES DE GARANTIES

Nous ne prenons jamais en charge les litiges :

- **provenant d'une tromperie, d'une fraude, d'une faute intentionnelle ou d'une abstention fautive de votre part,**

- **dont vous aviez connaissance avant la date d'effet des garanties de protection juridique,**

- **déclarés postérieurement à la date de fin d'effet des garanties de protection juridique,**

- **ayant un intérêt pécuniaire inférieur au seuil d'intervention,**

- **juridiquement insoutenables,**

- non déclarés dans un délai de 30 jours à compter du refus opposé à la réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire, sauf cas fortuit ou de force majeure, dès lors que le retard dans la déclaration nous cause un préjudice,
- vous opposant à la Mutuelle souscriptrice du présent contrat,
- relevant d'une assurance indemnitaire lorsqu'il n'y a pas opposition d'intérêts avec l'assureur indemnitaire, ou se rapportant à une situation dans laquelle vous êtes en infraction avec une obligation légale d'assurance,
- survenant lorsque vous êtes sous l'empire d'un état alcoolique ou sous l'influence de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ou lorsque vous refusez de vous soumettre à un contrôle d'alcoolémie.

Outre ces exclusions et déchéances de garanties :

- nous ne couvrons pas les frais, provisions, honoraires et consignations que vous régleriez personnellement sans notre accord préalable et en l'absence d'urgence
- ne sont pas couverts par le contrat les cautions et les consignations pénales, les amendes, les astreintes, les sanctions, sommes et obligations auxquelles vous pourriez être condamné lors d'une procédure prise en charge par nous, ainsi que les frais et dépens exposés par votre adversaire que la juridiction saisie estimerait équitable de vous faire supporter en tout ou partie ; il en va de même des sommes au paiement desquelles vous pourriez être condamné au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile et ses équivalents devant les autres juridictions,
- nous pouvons suspendre le règlement de tous frais et honoraires et vous demander le remboursement des sommes réglées par nous, s'il apparaît au cours d'une procédure prise en charge par nous, que les informations que vous nous avez données lors de la déclaration de litige, ou depuis, sont volontairement erronées ou incomplètes.

5. LA TERRITORIALITE

Les garanties du contrat s'appliquent en France, dans les pays de l'Union Européenne et dans les pays ou territoires suivants : Principauté d'Andorre, Principauté de Monaco et Suisse.

Ne sont pas pris en charge les frais d'exequatur ou d'exécution d'une décision hors des pays et territoires cités ci-dessus, et par voie de conséquence, les litiges susceptibles d'aboutir à des décisions judiciaires qui ne pourraient être exécutées que par ces moyens.

6. LES LIMITES DE GARANTIES

Plafond de garantie

C'est le montant maximum des frais de justice et honoraires que nous prenons en charge pour un litige :

France	100 000 euros par litige
Union Européenne, Principauté d'Andorre, Principauté de Monaco et Suisse	20 000 euros par litige

Plafond contractuel de prise en charge des honoraires d'avocat

C'est le montant maximum des honoraires nous prenons en charge en règlement des diligences de votre avocat; il fait l'objet du tableau en annexe.

Ce plafond étant susceptible de révision et d'actualisation, vous pouvez nous en demander communication à tout moment.

7. LES PRESTATIONS DU CONTRAT

7.1 LES PRESTATIONS DE RENSEIGNEMENT JURIDIQUE

Nous vous délivrons des renseignements juridiques par téléphone dans le cadre des domaines de droit garantis, **dès lors qu'ils relèvent de la législation française.**

Votre appel aboutit à GARANTIE ASSISTANCE qui vous met directement en relation avec notre service spécialisé de renseignement juridique par téléphone.

7.2 LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE JURIDIQUE

À la réception de votre déclaration de litige, un juriste prend en charge votre dossier et vous informe sur vos garanties.

Après étude complète de votre dossier, il vous renseigne sur l'étendue de vos droits.

Il dispose d'un réseau de consultants, d'huissiers de justice, d'experts qualifiés et à même de mener des négociations.

Ensemble vous élaborez une stratégie commune pour trouver une solution amiable conforme à vos intérêts. Toutefois, nous pourrions **suspendre notre prise en charge juridique et financière** si, en dépit des moyens mis en œuvre par votre juriste, la partie adverse est sans domicile connu ou insolvable, c'est-à-dire dans la situation d'une personne dont il est établi qu'elle ne peut honorer votre créance. Une nouvelle prise en charge pourra intervenir si des informations nouvelles et fondées permettent de localiser votre débiteur et attestent de sa solvabilité.

La recherche prioritaire d'une solution amiable :

Spécialiste de la négociation, votre juriste met en œuvre tous les moyens nécessaires pour régler votre affaire. Dans un souci d'efficacité et de rapidité, il engage des pourparlers en intervenant directement auprès de la partie adverse. Vous devrez toutefois être assisté par un avocat si votre adversaire est d'ores et déjà défendu par l'un d'entre eux, en vertu de l'article L 127-2-3 du Code des assurances. Vous avez alors le libre choix de votre avocat.

Le procès :

À défaut de trouver une solution amiable ou lorsque la situation le nécessite, une suite judiciaire est donnée à votre litige avec notre accord.

Vous avez le **libre choix de votre avocat** et la **direction du procès**, c'est-à-dire la maîtrise de la procédure.

Nous restons à votre disposition pour répondre à toutes vos interrogations sur le déroulement de l'affaire et vous assistons à toutes les étapes de votre dossier.

7.3 LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE FINANCIERE

Nous prenons en charge les frais afférents à des actes et démarches pour lesquels nous avons donné notre accord préalable (notamment les frais d'expertise, de constat d'huissier et les frais de procédure) **ainsi que les honoraires d'avocat et les frais de justice qui se révèlent nécessaires, dans la limite du plafond de garantie et du plafond de prise en charge des honoraires d'avocat figurant en annexe.**

Les frais habituels de gestion d'un dossier (frais de copie ou photocopie, de téléphone, de déplacement, etc.) sont inclus dans l'honoraire que nous réglons.

Si un avocat succède à un autre pour assurer la défense de vos intérêts, ou si vous faites choix de plusieurs défenseurs, le total des honoraires que nous aurons alors à régler ne pourra être supérieur à celui qui serait versé à un seul avocat.

Concernant les condamnations (frais, **dépens**, indemnités, amendes et condamnations annexes), il est expressément convenu que sont acquises à notre société, subrogée dans ce cas dans vos droits, les sommes recouvrées sur l'adversaire au titre des **dépens**.

Nous sont également acquises, à concurrence des montants que nous avons exposés, les sommes recouvrées au titre de **l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile et ses équivalents devant les autres juridictions**, mais elles serviront toutefois à vous rembourser prioritairement si vous justifiez du règlement de frais et honoraires complémentaires.

8. L'OUVERTURE ET LE SUIVI DE VOTRE DOSSIER DE PROTECTION JURIDIQUE

La déclaration du litige :

Dès que vous avez connaissance du refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire et au plus tard dans un délai de 30 jours, afin de préserver au mieux vos intérêts, vous devez nous déclarer votre litige par tout moyen écrit à

ASSISTANCE PROTECTION JURIDIQUE
Dossier SANTE PLUS
"Le Vendôme", 12 rue du Centre
93196 Noisy-le-Grand Cedex

En cas d'urgence vous pourriez être amené à prendre les premières mesures indispensables pour préserver vos droits et à nous déclarer ensuite votre litige dans les plus brefs délais.

Dans tous les cas, vous nous adressez :

- le nom de votre Mutuelle,
- votre numéro d'adhérent,
- vos coordonnées téléphoniques et les coordonnées de votre adversaire,
- un résumé chronologique et circonstancié du litige,
- vos demandes à l'encontre de votre adversaire,
- les documents utiles à la constitution de votre dossier.

Ces informations nous sont en effet nécessaires pour nous prononcer sur la garantie et défendre au mieux vos intérêts.

Par la suite, nous pourrions être amenés à vous demander des précisions, pièces ou témoignages complémentaires dès lors qu'il vous faut réunir tous les éléments tendant à établir la réalité de votre différend et constituer un commencement de preuve des faits que vous avancez.

En cours de procédure, vous aurez à nous communiquer, ou à nous faire communiquer par votre avocat, tout document utile nous permettant l'examen du bien fondé de l'action.

10. LA PRESCRIPTION

Toute action découlant de ce contrat est prescrite dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un litige.

« *L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité* » (art. L 114-2 §2 du Code des Assurances).

11. LE RÈGLEMENT D'UN DÉSACCORD ENTRE VOUS ET NOUS

En cas de désaccord entre vous et nous, quant au règlement d'un litige relevant de la garantie de protection juridique, il est fait application des dispositions de la loi n°89.1014 du 31 décembre 1989.

- Le désaccord peut être soumis à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord.
A défaut d'accord entre nous sur le nom de cette tierce personne, elle est désignée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du défendeur, statuant en référé, sur la demande de la partie la plus diligente.
Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à notre charge. Toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance saisi, statuant en la forme des référés peut en décider autrement lorsque vous avez mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.
- La tierce personne est dispensée des règles habituelles de la procédure.
Elle rend un avis écrit et motivé adressé aux parties, dans un délai de trois mois à compter de sa désignation.
- Dans le cas où nous ne sommes pas d'accord avec vous pour prendre en charge un litige ou une procédure, ou la poursuivre, vous pouvez ne pas vous prévaloir des dispositions qui précèdent ou encore refuser la proposition de la tierce personne et assumer personnellement les frais de votre intervention en justice. Dans cette hypothèse, en effet, si vous obtenez une solution plus favorable que celle retenue par nous ou proposée par la tierce personne, nous nous engageons à vous rembourser, déduction faite des sommes vous revenant au titre des dépens ou de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L 761-1 du Code de Justice Administrative, le montant de vos frais et honoraires, dans la limite des obligations contractuelles.

**PLAFOND DE PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES D'AVOCAT
(TVA. 19.6 % incluse)**

**Par ordonnance, jugement ou arrêt (y compris la préparation du dossier et la plaidoirie).
Les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de téléphone, de déplacement, etc.)
sont inclus dans l'honoraire que nous réglons dans le cadre de ce plafond.**

La mise en oeuvre de ce plafond dépend des garanties protection juridique que vous avez souscrites

	EUROS T.T.C.	Soit H.T.
. Tribunal d'Instance et juge de proximité	668 €	558.53
. Tribunal de Grande Instance	872 €	729.10
. Tribunal des Affaires Sociales & Contentieux Technique	610 €	510.03
. Conseil des Prud'hommes :		
- audience de Conciliation (sans conciliation)	305 €	255.02
- audience de Conciliation (avec conciliation)	958 €	801.00
- audience de Jugement	958 €	801.00
. Tribunal de Commerce	846 €	707.36
. Tribunal Administratif :		
- Conseil de discipline (sans levée des sanctions)	305 €	255.02
- Conseil de discipline (avec levée des sanctions)	915 €	765.05
. Juge de l'Expropriation	805 €	673.08
. Tribunal de Police :		
- 1ère à 4ème classe	273 €	228.26
- 5ème classe	781 €	653.01
. Tribunal Correctionnel :		
- hors mise en examen de l'assuré	781 €	653.01
- mise en examen de l'assuré, incluant un forfait de 15 heures d'assistance à instruction	3 402 €	2 844.48
. Cour d'Assises et Cour d'Assises des Mineurs	1 020 €/ journée	852.84
. Cour d'Assises (mise en examen de l'assuré, incluant un forfait de 15h d'assistance à instruction) journée d'audience supplémentaire = plafond "cour d'assises"	4 284 €	3 581.94
. Chambre d'instruction et juridiction d'application des peines	521 €	435.62
. Assistance à garde à vue (si entre 20h et 6h, week-end et jour férié, honoraire doublé)	117 €/ heure	97.83
. Témoin assisté (forfait 5h)	585 €	489.40
. Composition pénale, présentation au procureur	637 €	532.61
. Médiation (pénale et civile), conciliateur	637 €	532.61
. CIVI	647 €	540.97
. Commission	273 €	228.26
. Tribunal Paritaire des baux ruraux :		
- audience de conciliation	273 €	228.26
- audience de jugement	519 €	433.95
. Autres juridictions de 1ère instance	781 €	653.01
. Cour d'Appel :		
- affaire plaidée en 1ère instance	813 €	679.77
- affaire non plaidée en 1ère instance	968 €	809.36
. Recours devant le 1er Président de la Cour d'Appel	687 €	574.41
. Cour de Cassation et Conseil d'État :		
- en demande	2 304 €	1 926.42
- en défense	2 039 €	1 704.85
. Juridictions Européennes	1 254 €	1 048.49
. Référé (dont référé suspension) et Juge de l'Exécution	529 €	442.31
. Ordonnance du Juge de la mise en état	529 €	442.31
. Suivi expertise judiciaire (forfait)	161 €	134.62
. Assistance à une expertise/instruction (toutes juridictions)	117 €/ heure	97.83
. Démarches au Parquet	103 €	86.12
. Ordonnances (notamment sur requête gracieuse) (forfait)	298 €	249.16
. Rédaction de plainte avec constitution de partie civile	298 €	249.16
. Frais de photocopies (forfait par affaire confiée)	6 €	5.02
. Intervention au titre de l'article L 127-2-3 du Code des assurances		
- Forfait démarches amiables	200 €	167.22
- Supplément en cas de transaction	300 €	250.84
. Transaction hors article L 127-2-3 du Code des assurances : honoraire réglé dans le cadre du plafond de prise en charge correspondant à une affaire plaidée devant la juridiction compétente.		
. Transaction ou désistement hors avocat : 50 % des honoraires d'une affaire plaidée.		