



NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT

MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE

AVO CARBON FRANCE

CONTRAT N° 21020439/ENS01_1

CATEGORIE DE PERSONNEL ASSURE : Ensemble du personnel

DATE D'EFFET : 01/01/2022

La présente notice est destinée à l'information des salariés et doit être remise par la Contractante à chacun d'entre eux.



Generali Iard, Société anonyme au capital de 94 630 300 euros - Entreprise régie par le Code des assurances - 552 062 663 RCS Paris
Generali Vie, Société anonyme au capital de 336 872 976 euros - Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris
Sociétés appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026



CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE A ADHESION OBLIGATOIRE

INTRODUCTION

Ce contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire, régi par le Code des assurances, est incontestable dès qu'il a pris existence, sous réserve des causes ordinaires de nullité et sauf l'effet de l'article L113-8 du Code des assurances relatifs à la fausse déclaration intentionnelle et à la réticence.

Ce contrat est applicable à tous les salariés appartenant à l'effectif mentionné au contrat.
Le contrat repose sur la bonne foi des déclarations de la Contractante et des assurés.

Le contrôle de la Compagnie est effectué par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) :
4, place de Budapest - CS 92459- 75436 PARIS CEDEX 09.

Identification du responsable de traitement

Les paragraphes suivants ont pour objectif de vous informer de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel vous concernant mis en œuvre par Generali Vie en tant que responsable de traitement.

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement.

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis ...
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins, de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire).	- Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat
	- Recouvrement
	- Exercice des recours et application des conventions entre assureurs
	- Gestion des réclamations et contentieux
	- Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription ou l'exécution du contrat
	- Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties
	- Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque
	- Etudes statistiques et actuarielles





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none">- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme- Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none">- Lutte contre la fraude afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat- Prospection commerciale et profilage lié à la prospection commerciale pour vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection.
Traitement des données de santé à des fins de protection sociale	<p>Versement des prestations pour les contrats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">- Remboursement de frais de soins- Prévoyance complémentaire- Retraite supplémentaire

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous

Catégories de données susceptibles de nous être transmises :

- Etat civil, identité, données d'identification
- Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- Numéro d'identification national unique

La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que Generali Vie met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par Generali Vie. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de Generali Vie. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à votre contrat peuvent être transmis par l'Assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend votre domicile. Vous disposez d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'Assureur.

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe Generali, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires Generali Vie pourra communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe Generali a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.
Aujourd'hui, nos data centers sont localisés en France, en Italie et en Allemagne, sur lesquels sont hébergées vos données.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe Generali par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel.

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat en référence aux délais de prescriptions légales, et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- D'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant dont nous disposons et demander que l'on vous en communique l'intégralité.
- D'un droit de rectification : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- D'un droit de suppression : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement.
- Du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès.
- D'un droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles.

Emise le 01/01/2022 - CGA

4/33





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

- D'un droit à la portabilité des données : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.
Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible.
- D'un droit de retrait : Vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.
Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.
Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.
- **D'un droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale.** Vous pouvez exercer ce droit, sur simple demande, accompagnée d'une copie de votre titre d'identité à l'adresse électronique suivante droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante
Generali - Conformité
TSA 70100
75309 PARIS CEDEX 09.
- **D'un droit à introduire une réclamation :** vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision.

Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance, certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer à l'adresse ci-dessus.





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse électronique droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante :

Generali - Conformité
Délégué à la protection des données personnelles
TSA 70100
75309 PARIS CEDEX 09.

CATEGORIE DE PERSONNEL ASSURE

Le collège assuré par le contrat est « Ensemble du personnel ».

La compagnie peut être amenée à utiliser un intitulé plus court dans les différentes pièces contractuelles ou correspondances avec la Contractante.

Toutefois, seul l'intitulé figurant en tête du présent contrat fait foi.

LES INTERVENANTS AU CONTRAT

- La Compagnie :** Désigne l'organisme assureur GENERALI, soumis aux dispositions du Code des assurances.
- L'Intermédiaire :** Désigne LFAC POITIERS.
- La Contractante :** Désigne la personne morale signataire du contrat conclu avec La Compagnie pour tout ou partie de ses collègues salariaux. Les collègues salariaux couverts par le contrat sont mentionnés à la catégorie de personnel assuré.
- L'Assuré :** Désigne le membre du personnel de l'entreprise contractante, appartenant aux collèges mentionnés à la catégorie de personnel assuré et affilié au contrat.
- Les Bénéficiaires :** Désigne les personnes garanties par le contrat.





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir aux assurés appartenant à la catégorie de personnel assuré et à leurs éventuels bénéficiaires prévus au paragraphe « BÉNÉFICIAIRES », le remboursement des Frais Médicaux, Chirurgicaux et de Maternité.

AFFILIATION DES ASSURES

Tout salarié appartenant à l'effectif mentionné « à la catégorie de personnel assuré » est affilié au contrat et dénommé assuré. Le salarié doit remplir le bulletin individuel d'affiliation fourni par la Compagnie.

Adhésion des bénéficiaires à titre facultatif :

Les Bénéficiaires, tels que définis à l'article ci-après, peuvent adhérer, soit à la date d'affiliation de L'Assuré, soit au 1er janvier de chaque année, soit en cas de changement de situation de famille, sous réserve pour L'Assuré de remplir le bulletin individuel d'affiliation fourni par La Compagnie.

L'adhésion est acquise au plus tôt le lendemain 0 heure de la réception du bulletin individuel d'affiliation.

Elle est souscrite à l'origine pour la période comprise entre la date de prise d'effet et le 31 décembre à minuit de l'exercice considéré. Elle se renouvelle automatiquement le 1er janvier de chaque année pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'une des deux parties, par lettre adressée au moins deux mois avant cette date. Il est entendu que toute sortie du contrat d'un bénéficiaire est définitive.

Le paiement des cotisations en l'absence du respect des conditions d'affiliation ne saurait valoir délivrance de garantie. Dans ce cas, La Compagnie pourra considérer l'adhésion comme sans effet et adresser à cette fin à l'adhérent une lettre recommandée l'en informant.

BÉNÉFICIAIRES

Outre L'Assuré défini à la « catégorie de personnel assuré », sont également considérés comme "Bénéficiaires", s'ils sont affiliés à la demande de L'Assuré :

- le conjoint de l'assuré bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale ou d'un autre régime,
- le partenaire lié par un PACS est assimilé au conjoint,
- en l'absence de conjoint, le concubin, sous réserve d'une attestation sur l'honneur de vie maritale, le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale, est assimilé au conjoint,
- les enfants légitimes, reconnus, adoptifs, pupilles de la nation, à charge fiscale de l'assuré affilié ou remplissant l'une des conditions suivantes :
 - d'être âgés de moins de 20 ans,
 - d'être âgés de moins de 28 ans et poursuivre des études secondaires ou supérieures,
 - d'être âgés de moins de 28 ans, sous contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance,
 - d'être âgés de moins de 28 ans et à la recherche d'un premier emploi (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi),
 - de bénéficier des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005, quel que soit l'âge de l'enfant.





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

Sous réserve des conditions exposées ci-dessus, sont considérés comme à charge :

- les enfants d'assurés pour lesquels ceux-ci sont tenus de verser une pension alimentaire fixée par décision de justice ou par convention telle que prévue par les articles L229-1 et suivants du Code civil relatifs au divorce par consentement mutuel,
- les enfants à la charge fiscale des conjoints (PACS ou concubins), sur lesquels ils exercent l'autorité parentale,
- les enfants d'assurés et des conjoints (PACS ou concubins) des assurés ayant une déclaration de revenus distincte de celles des parents à condition qu'ils ne soient pas imposables,

à condition qu'ils aient droit aux prestations en nature du régime général de la Sécurité sociale ou d'un autre régime.

RADIATION DES ASSURES

Tout bénéficiaire affilié est automatiquement radié du contrat :

- dès que l'assuré cesse d'appartenir à l'effectif mentionné à la « catégorie de personnel assuré »,
- dès qu'il cesse de réaliser les conditions prévues pour être bénéficiaire,

même si, par erreur, la cotisation relative à l'assuré radié n'a pas cessé d'être versée.

Toutefois, la garantie est maintenue à l'assuré dans les cas suivants :

- lorsqu'il se trouve en période de "préavis non effectué" (sous réserve du paiement des cotisations) et ce, tant qu'il demeure sans emploi. Cette garantie cesse à l'expiration théorique du préavis,
- lorsqu'il répond aux conditions fixées par l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale relatif au droit au maintien de la couverture « MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE » en cas de rupture du contrat de travail, et ce jusqu'au terme selon les dispositions dudit article.

Les assurés dont la radiation est la conséquence :

- de la rupture du contrat de travail ouvrant droit à revenu de remplacement (à l'issue de la période de droit au maintien de la couverture « MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE » en application de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale),
- d'un départ en retraite,

peuvent bénéficier du maintien de la garantie dans le cadre d'une des options du contrat d'accueil, mis en place par la Compagnie à cet effet.

La demande d'adhésion au contrat d'accueil doit être formulée par écrit au Siège de la Compagnie dans les six mois qui suivent la radiation de l'assuré ou à l'issue de la période de maintien des garanties en application de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale. L'adhésion est effective, au plus tard le lendemain du jour de la réception de la demande au Siège de la Compagnie, aux conditions tarifaires et de garanties en vigueur à cette date.

Ces dispositions s'appliquent aux assurés en état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente à la date de leur radiation.

La résiliation du contrat entraîne de plein droit la radiation de tous les assurés présents à l'effectif ou bénéficiaires du droit au maintien de la couverture « MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE » en application de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale.





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

Enfin, il est précisé que tout bénéficiaire, tel que défini au contrat et à l'exclusion du salarié, est libre de résilier son adhésion au 31 décembre de chaque année. Toute sortie est définitive.

CLAUSES SANCTIONS ET EXCLUSION TERRITORIALE

1) Sanctions

La Compagnie ne sera tenue à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de verser aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union Européenne, la France, les Etats-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

2) Exclusion territoriale

Le présent contrat ne garantit pas, et ne saurait permettre quelque couverture, garantie ou indemnisation en relation avec toute perte, tout dommage ou toute responsabilité

- découlant d'une activité sur le « TERRITOIRE » ou dans ses eaux territoriales, sa zone frontalière ou sa zone économique exclusive (ci-après "sa zone de dépendance maritime), à moins qu'il ne s'agisse d'une simple traversée de ladite zone sans arrêt prévu du « TERRITOIRE » ni dans sa zone de dépendance maritime, et que cette traversée ne relève pas d'une ligne de fret international; ou
- subis par le gouvernement du « TERRITOIRE », toute personne ou entité résidant, établie, ou située sur le « TERRITOIRE » ou dans ses Eaux territoriales, ou
- résultant d'activités qui, directement ou indirectement, impliquent ou bénéficient au gouvernement du « TERRITOIRE », ou à des personnes ou entités résidant ou établies sur le « TERRITOIRE ».

Néanmoins, la présente exclusion ne s'applique pas :

- aux activités réalisées ou aux services rendus en cas d'urgence dans un objectif de sécurité et/ou d'assistance,
- ou lorsque, après que ces risques ont été notifiés à La Compagnie, celui-ci a consenti, expressément et par écrit, à les couvrir.

Pour l'application de cette clause, il faut entendre par « TERRITOIRE », le(s) pays sous embargo ou sous sanctions totales selon les listes disponibles et accessibles sur les sites

<https://www.un.org/securitycouncil/sanctions/information>

<https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/SDN-list/Pages/default.aspx>

<https://www.tresor.economie.gouv.fr/services-aux-entreprises/sanctions-economiques>

PRESCRIPTION

Conformément au Code des assurances :

Article L. 114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :

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





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de L'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2., les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de L'Assuré.

Article L. 114-2

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

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à L'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par L'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3

Les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

En outre, conformément aux dispositions des articles 2240 et suivants du Code civil, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment en cas de :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- demande en justice, même en référé ou portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée,

- mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée,
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension du contrat de travail, l'assuré et les membres de sa famille conservent le bénéfice du maintien des garanties du contrat, sous réserve du paiement de la cotisation par l'intermédiaire de la Contractante.





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L121-12 du Code des assurances, la Compagnie est subrogée, à concurrence des prestations versées, dans les droits et actions de l'assuré contre tout responsable du sinistre.

Le paiement d'indemnités forfaitaires et indemnitaires peut entraîner l'exercice de la subrogation.

RECLAMATION - MEDIATION

1) Réclamation

Pour toute réclamation relative à la gestion du présent contrat, des cotisations ou encore des sinistres, l'assuré et/ou le bénéficiaire doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si l'assuré et/ou le bénéficiaire ne reçoit pas une réponse satisfaisante, l'assuré et/ou le bénéficiaire peut adresser sa **réclamation écrite par courrier postal** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

Generali - Réclamations
TSA 70100
75309 PARIS CEDEX 09.

La Compagnie accusera réception de la demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si La Contractante a souscrit son contrat par le biais d'un intermédiaire et que sa demande relève de l'activité d'intermédiation telle que définie par le Code des assurances, du devoir d'information et de conseil de l'intermédiaire, ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par la Compagnie ou par l'assuré ou le bénéficiaire.

2) Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française de l'Assurance, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre Service Réclamations, vous pouvez, saisir le Médiateur de la FFA, en adressant votre demande à :

M. Le Médiateur de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09.

ou à l'adresse électronique : <http://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur>

Le Médiateur ne peut être saisi qu'une fois la réponse apportée par le Service Réclamations à la demande de L'Assuré.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande de L'Assuré n'a pas été soumise à une juridiction que ce soit par L'Assuré ou par La Compagnie.





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

La Contractante ou l'assuré doit transmettre à la Compagnie sa demande de remboursement accompagnée :

- des décomptes de la Sécurité sociale justifiant le montant des frais remboursés,
- des notes ou factures acquittées justifiant les frais réels engagés ; toutefois ne sont jamais prises en considération les factures et notes d'honoraires d'un montant différent de celui déclaré à la Sécurité sociale,
- éventuellement des décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance ou d'assurance,
- en cas de naissance d'un enfant, un justificatif de la situation de famille comportant l'indication de la naissance de l'enfant,
- en cas d'adoption d'un enfant, un justificatif d'adoption,
- en cas de décès de l'assuré, du conjoint (partenaire lié par un PACS ou concubin) ou d'un enfant à charge, une copie de l'acte de décès, un justificatif de la situation de famille et un justificatif de paiement des frais d'obsèques.

La Compagnie n'accepte aucune copie ou photocopie des pièces énumérées ci-dessus, sauf en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant et en cas de décès.

CONDITIONS DES GARANTIES

La Compagnie garantit aux conditions ci-dessous :

- des remboursements complémentaires aux prestations en nature payées en application de l'article L321-1 à 3 du Code de la Sécurité sociale, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité atteignant un assuré,
- une indemnité en cas de cure thermale,
- une allocation de naissance ou d'adoption,
- une allocation de frais d'obsèques en cas de décès d'un assuré, du conjoint (ou partenaire lié par un PACS ou concubin) ou d'un enfant à charge.

Seuls les postes de frais pris en charge par la Sécurité sociale, sauf dérogations éventuelles prévues au paragraphe « NIVEAU DES GARANTIES », même s'ils comportent des dépassements, sont remboursés par la Compagnie.

En tout état de cause, les soins effectués à l'étranger ne sont pas remboursés par la Compagnie dès lors qu'il n'y a pas de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les limites des remboursements de la Compagnie figurent pour chaque poste de frais au paragraphe « NIVEAU DES GARANTIES ». Il ne saurait y avoir de compensation entre les différents postes pour appliquer ces limites. Par ailleurs, les remboursements de la Compagnie ne peuvent excéder la différence entre le coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par la Sécurité sociale.

Sauf justification des frais réels, ceux-ci sont réputés conformes au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, les remboursements de la Compagnie étant alors limités au ticket modérateur.

Si des prestations de même nature sont également payées par d'autres organismes de prévoyance ou d'assurance, il en est tenu compte pour l'application des limitations ci-dessus définies, la Compagnie n'intervenant qu'en dernier lieu.

Seuls les soins engagés après l'admission d'un assuré dans l'assurance et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les soins engagés après la radiation d'un assuré ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à la radiation.





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

NIVEAU DES GARANTIES

L'assuré est obligatoirement affilié au régime de base.

Lors de son affiliation, l'assuré qui le souhaite peut opter, moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire, pour le régime optionnel. Dans ce cas, les garanties du régime optionnel retenu se substituent aux garanties du régime de base.

Le régime retenu s'applique dans tous les cas, obligatoirement, à tous les bénéficiaires couverts au titre du présent contrat.

En cas de changement de situation de famille, l'assuré a la possibilité de changer de régime dans les 3 mois qui suivent ce changement ; la nouvelle garantie prenant effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande, le cachet de la poste faisant foi. La situation de famille prise en compte est celle au moment de la demande.

A effet du 1^{er} janvier, sous réserve que la demande parvienne à la Compagnie avant le 31 octobre de l'année précédente, le cachet de la poste faisant foi :

- un assuré affilié au régime de base a la possibilité d'opter pour le régime optionnel pour une durée minimum de 2 ans (sauf en cas de changement de situation de famille),
- un assuré ayant opté pour le régime optionnel a la possibilité de modifier son choix après une durée d'inscription de 2 ans à ce dernier (sauf en cas de changement de situation de famille).

Pour tout changement de régime, l'assuré doit en faire la demande par lettre adressée à la Compagnie, par l'intermédiaire de la Contractante.

REGIME DE BASE

La base de remboursement retenue est celle appliquée par la Sécurité sociale, étant rappelé que, la base de remboursement de la Sécurité sociale en secteur non conventionné est le tarif d'autorité.

En secteur non conventionné, pour les actes de chirurgie, de radiologie et techniques médicaux, les consultations et visites des médecins, nos remboursements sont limités à ceux des médecins conventionnés non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Lorsque la garantie est fixée à 100% des frais réels moins le remboursement de la Sécurité sociale, nos remboursements sont limités à 90% des frais réels lorsqu'ils sont engagés en secteur non conventionné.

Sauf mention contraire, les actes figurant dans le tableau ci-dessous ne sont remboursés que s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale.

Les limites de remboursement s'entendent sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale, sauf pour les garanties exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, en pourcentage du ticket modérateur et en euros.

TABLEAUX DE GARANTIES

NATURE DES FRAIS ENGAGES	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
HOSPITALISATION ⁽¹⁾	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% des frais réels





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

FRAIS DE SEJOUR POUR HOSPITALISATION CHIRURGICALE	250% de la base du remboursement Sécurité sociale
FRAIS DE SEJOUR POUR HOSPITALISATION MEDICALE	250% de la base du remboursement Sécurité sociale
HONORAIRES ⁽²⁾ Honoraires médicaux (hors chirurgien-dentiste) Honoraires médicaux d'un médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Honoraires médicaux d'un médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾ Honoraires paramédicaux Forfait sur actes dits « lourds »	 250% de la base du remboursement Sécurité sociale 200% de la base du remboursement Sécurité sociale 150% de la base du remboursement Sécurité sociale 100% des frais réels
CHAMBRE PARTICULIERE y compris maternité	100% des frais réels, limité à 2% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par jour
LIT D'ACCOMPAGNANT (enfant de moins de 16 ans)	100% des frais réels, limité à 1% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par jour
TRANSPORT MEDICAL	100% de la base du remboursement Sécurité sociale
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MEDICAUX Consultations et visites médicales par un médecin généraliste Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾ Consultations et visites médicales par un médecin spécialiste Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾ Consultations et visites médicales par un professionnel médical non médecin Chirurgien-dentiste Actes de spécialités (K), actes techniques médicaux (ATM), Actes d'échographie (ADE) Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾ Chirurgien-dentiste Actes d'imagerie (ADI) - Radios Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾ Chirurgien-dentiste	 150% de la base du remboursement Sécurité sociale 130% de la base du remboursement Sécurité sociale 150% de la base du remboursement Sécurité sociale 130% de la base du remboursement Sécurité sociale Voir garanties « soins dentaires » 150% de la base du remboursement Sécurité sociale 130% de la base du remboursement Sécurité sociale Voir garanties « soins dentaires » 150% de la base du remboursement Sécurité sociale 130% de la base du remboursement Sécurité sociale Voir garanties « soins dentaires »
HONORAIRES PARAMEDICAUX Actes remboursés par la Sécurité sociale réalisés par des auxiliaires médicaux	150% de la base du remboursement Sécurité sociale





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

ANALYSES & EXAMENS DE LABORATOIRE y compris actes de prélèvements	150% de la base du remboursement Sécurité sociale
MEDICAMENTS Médicaments, vaccins, substituts nicotiniques et préparations magistrales, remboursés par la Sécurité sociale	100% du ticket modérateur
Médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	3% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	2% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire
Vaccin antigrippal	100% des frais réels sous déduction des prestations Sécurité sociale
Substituts nicotiniques non remboursés par la Sécurité sociale	1,5% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL Dispositifs médicaux (orthopédie, prothèse, petit appareillage) remboursés par la Sécurité sociale, hors optique et audiologie	200% de la base du remboursement Sécurité sociale
Ostéodensitométrie remboursée ou non prise en charge par la Sécurité sociale (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	1% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire
DENTAIRE : Dans la limite de 2500 Euros, par an et par bénéficiaire, au titre des « PROTHESES » (4) et uniquement pour les frais engagés dans le cadre du PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » et du PANIER « TARIF LIBRE ».	
SOINS Soins dentaires (consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire, actes techniques médicaux) réalisés par un chirurgien-dentiste réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	150% de la base du remboursement Sécurité sociale Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS » Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »
Actes d'inlays, onlays remboursés par la Sécurité sociale PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » (5) réalisés par un chirurgien-dentiste réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	150% de la base du remboursement Sécurité sociale limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS » Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »
PANIER « TARIF LIBRE » réalisés par un chirurgien-dentiste réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	150% de la base du remboursement Sécurité sociale Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS » Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

Actes de parodontologie remboursés par la Sécurité sociale réalisés par un chirurgien-dentiste réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	150% de la base du remboursement Sécurité sociale Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS » Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »
SOINS et PROTHESES 100% SANTE ⁽⁶⁾ Prothèses fixes, couronnes transitoires, inlay-core Prothèses amovibles définitives et transitoires, leurs actes de réparation et de suppléments ⁽⁷⁾	100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
PROTHESES Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale <u>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁸⁾</u> <u>PANIER « TARIF LIBRE »</u>	300% de la base du remboursement Sécurité sociale limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 250% de la base du remboursement Sécurité sociale
Inlay-Core remboursé par la Sécurité sociale <u>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁸⁾</u> <u>PANIER « TARIF LIBRE »</u>	300% de la base du remboursement Sécurité sociale limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 250% de la base du remboursement Sécurité sociale
Implantologie remboursée par la Sécurité sociale	125% de la base du remboursement Sécurité sociale
ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	300% de la base du remboursement Sécurité sociale
SOINS ET EQUIPEMENTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁹⁾ Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁹⁾ (par implant) Actes de parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁹⁾ Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁹⁾	200 euros par dent, limité à 3 prothèses maximum par an et par bénéficiaire 400 euros 100 euros, par an et par bénéficiaire 100% de la base du remboursement Sécurité sociale reconstituée sur la base d'un TO90





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

OPTIQUE :

Dans la limite de l'acquisition par le bénéficiaire d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Par exception, les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Le montant des prestations peut s'entendre par équipement « verres + monture » avec une prise en charge de la monture au sein de l'équipement de Classe B limitée à 100 euros.

Est également prévue la prise en charge à hauteur des dépenses réelles, sous déduction des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, limité au Prix Limite de Vente (PLV), sous déduction des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire de la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents.

EQUIPEMENTS 100% SANTE ⁽⁶⁾

Monture + Verres de Classe A
Frais d'adaptation
Suppléments pour monture de lunettes à coque
< 6 ans

100% des frais réels limités aux Prix Limites de Vente (PLV), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale

EQUIPEMENTS OPTIQUE DE CLASSE B

Monture de Classe B

100 euros sous déductions des prestations de la Sécurité Sociale

Verres de Classe B

cf. grille optique ci-après

Frais d'adaptation
Suppléments pour monture de lunettes à coque < 6 ans et autres suppléments

100% du ticket modérateur

LENTILLES DE CONTACT ⁽¹⁰⁾ y compris jetables, remboursées par la Sécurité sociale

180 euros, par an et par bénéficiaire

LENTILLES DE CONTACT y compris jetables, non prises en charge par la Sécurité sociale mais prescrites médicalement

180 euros, par an et par bénéficiaire

CHIRURGIE REFRACTIVE non prise en charge par la Sécurité sociale (pour chaque œil et par an)

200 euros

AIDES AUDITIVES

EQUIPEMENTS 100% SANTE ⁽⁶⁾ (dits de Classe I)

A compter du 01/01/2021

100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, limités au Prix Limite de Vente (PLV), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale

APPAREIL DE CLASSE II ⁽¹¹⁾

Voir garantie « APPAREIL DE LA CLASSE II »

Bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient atteint de cécité

150% de la base du remboursement Sécurité sociale

Bénéficiaire âgé d'au moins 20 ans

150% de la base du remboursement Sécurité sociale

CONSOMMABLES, PILES OU ACCESSOIRES pris en charge par la Sécurité sociale

100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

AUTRES POSTES DE SOINS	
ALLOCATION NAISSANCE / ADOPTION	200 euros (doublement en cas de naissance multiple)
ALLOCATION D'OBSEQUES (assuré, conjoint ou concubin, enfant à charge)	100% des frais réels dans la limite de 500 euros

MEDECINES DOUCES, NATURELLES OU ALTERNATIVES	
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Micro kinésithérapeute, Aromathérapeute, Oligothérapeute, Réflexologue, Phytothérapeute, Naturopathe, Etiopathe, Homéopathe, Pédicure-Podologue, Psychomotricien, Psychologue	2% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale par séance, dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste
CONSULTATION DE DIETETICIEN POUR UN ENFANT DE MOINS DE 12 ANS non prise en charge par la Sécurité sociale	1,5% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire
GARANTIES ANNEXES	
TIERS PAYANT	GARANTIE ACCORDEE
ASSISTANCE	GARANTIE ACCORDEE
SANTE ASSISTANCE / ASSISTANCE TELECONSULTATION	GARANTIE ACCORDEE

- *FR : Frais réels*
- *FR-SS : Frais Réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale*
- *PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale correspondant à la date des soins*
- *TM : Ticket modérateur (différence entre le tarif de responsabilité et le remboursement de la Sécurité sociale)*

(1)

Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par la Compagnie. Les frais d'hospitalisation liés à l'accouchement sont pris en charge, y compris les frais de chambre particulière, dans la limite de remboursements définis ci-dessus.

Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérarium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité sociale sont compris dans la garantie.

La participation forfaitaire de 24 euros est prise en charge pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté à un coefficient égal ou supérieur à 60 ou supérieur à 120 euros.

(2)

Facturés en sus des frais de séjour, pour certains types d'établissements.

(3)

Pour les assurés relevant du régime Alsace/Moselle ou autres régimes spéciaux, et/ou atteints d'une affection de longue durée ainsi que pour les femmes enceintes, lorsque les limites de remboursement s'entendent en complément des remboursements de la Sécurité sociale, il est précisé que le niveau de remboursement est limité au Ticket Modérateur + 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

(4)

Sont concernés par l'application du plafond, la Prothèse dentaire, l'Inlay-Core et l'Implantologie, tous trois remboursés par la Sécurité sociale. Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements postérieurs s'effectueraient sur la base du Ticket Modérateur + 25% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

(5)

Tels que définis réglementairement. Ces modalités de remboursement prennent effet au 01/01/2021, soit, au moment de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) associés. Les actes réalisés avant cette date seront remboursés au titre des actes de la même catégorie appartenant au PANIER « TARIF LIBRE ».

(6)

Tels que définis réglementairement.

Emise le 01/01/2022 - CGA

18/33





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

(7)

Tels que définis réglementairement. Ces modalités de remboursement prennent effet au 01/01/2021, soit, au moment de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) associés. Les actes réalisés avant cette date seront remboursés au titre des actes de la même catégorie appartenant au PANIER « TARIF LIBRE ».

(8)

Tels que définis réglementairement. Les nouvelles modalités de remboursement prenant effet entre 01/01/2020 et le 01/01/2022, au fur et à mesure de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF), les actes réalisés avant l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) correspondants seront remboursés au titre du PANIER « TARIF LIBRE ».

(9)

Les actes dentaires correspondant à des actes hors Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés par La Compagnie

(10)

Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueraient sur la base de 100% du Ticket modérateur.

(11)

A partir du 01/01/2021, les garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans, dans la limite de 1700 Euros TTC par oreille (prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire et Ticket Modérateur comprises) et selon les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

GRILLE OPTIQUE :

Les prestations sont exprimées en euros et par verre.

TYPE DE VERRES		LIMITE DE REMBOURSEMENT (remboursement de la Sécurité sociale inclus)
MYOPIE ou HYPERMETROPIE : verre simple foyer, sphérique		
Sphère de -6,00 à +6,00 dioptries		100 euros
Sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries		120 euros
ASTIGMATISME : verre simple foyer sphéro-cylindrique - Sphère ≤ 0 (cas de myopie)		
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries, sphère de -6,00 à 0 dioptries		100 euros
Cylindre inférieur ou égal à 0,25 dioptries, sphère inférieure à -6,00 dioptries		120 euros
Cylindre supérieur à +4,00 dioptries, sphère de -6,00 à 0 dioptries		120 euros
ASTIGMATISME : verre simple foyer sphéro-cylindrique - Sphère > 0 (cas d'hypermétropie)		
Somme Sphère + Cylindre inférieure ou égale à +6,00 dioptries		100 euros
Somme Sphère + Cylindre supérieure à +6,00 dioptries		120 euros
PRESBYTIE : verre multifocal ou progressif sphériques		
Sphère de -4,00 à +4,00 dioptries		120 euros
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries		150 euros
PRESBYTIE et ASTIGMATISME : verre multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique, quelle que soit la puissance du cylindre - Sphère ≤ 0 (cas de myopie)		
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries, sphère de -8,00 et 0 dioptries		120 euros
Cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptries, sphère inférieure à -8,00 dioptries		150 euros
Cylindre supérieur à +4,00 dioptries, sphère de -8,00 à 0 dioptries		150 euros





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

PRESBYTIE et ASTIGMATISME : verre multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique, quelle que soit la puissance du cylindre - Sphère > 0 (cas d'hypermétropie)	
Somme Sphère + Cylindre inférieure ou égale à +8,00 dioptries	120 euros
Somme Sphère + Cylindre supérieure à +8,00 dioptries	150 euros

REGIME OPTIONNEL 1

La base de remboursement retenue est celle appliquée par la Sécurité sociale, étant rappelé que, la base de remboursement de la Sécurité sociale en secteur non conventionné est le tarif d'autorité.

En secteur non conventionné, pour les actes de chirurgie, de radiologie et techniques médicaux, les consultations et visites des médecins, nos remboursements sont limités à ceux des médecins conventionnés non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Lorsque la garantie est fixée à 100% des frais réels moins le remboursement de la Sécurité sociale, nos remboursements sont limités à 90% des frais réels lorsqu'ils sont engagés en secteur non conventionné.

Sauf mention contraire, les actes figurant dans le tableau ci-dessous ne sont remboursés que s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale.

Les limites de remboursement s'entendent sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale, sauf pour les garanties exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, en pourcentage du ticket modérateur et en euros.

TABLEAUX DE GARANTIES

NATURE DES FRAIS ENGAGES	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
HOSPITALISATION ⁽¹⁾	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% des frais réels
FRAIS DE SEJOUR POUR HOSPITALISATION CHIRURGICALE	100% des frais réels sous déduction des prestations Sécurité sociale
FRAIS DE SEJOUR POUR HOSPITALISATION MEDICALE	100% des frais réels sous déduction des prestations Sécurité sociale
HONORAIRES ⁽²⁾	
Honoraires médicaux (hors chirurgien-dentiste)	
Honoraires médicaux d'un médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% des frais réels sous déduction des prestations Sécurité sociale
Honoraires médicaux d'un médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	200% de la base du remboursement Sécurité sociale
Honoraires paramédicaux	300% de la base du remboursement Sécurité sociale
Forfait sur actes dits « lourds »	100% des frais réels
CHAMBRE PARTICULIERE y compris maternité	100% des frais réels, limité à 3% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par jour
LIT D'ACCOMPAGNANT (enfant de moins de 16 ans)	100% des frais réels, limité à 1,5% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par jour
TRANSPORT MEDICAL	100% de la base du remboursement Sécurité sociale





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

SOINS COURANTS	
HONORAIRES MEDICAUX Consultations et visites médicales par un médecin généraliste Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾ Consultations et visites médicales par un médecin spécialiste Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾ Consultations et visites médicales par un professionnel médical non médecin Chirurgien-dentiste Actes de spécialités (K), actes techniques médicaux (ATM), Actes d'échographie (ADE) Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾ Chirurgien-dentiste Actes d'imagerie (ADI) - Radios Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾ Chirurgien-dentiste	300% de la base du remboursement Sécurité sociale 200% de la base du remboursement Sécurité sociale 300% de la base du remboursement Sécurité sociale 200% de la base du remboursement Sécurité sociale Voir garanties « soins dentaires » 300% de la base du remboursement Sécurité sociale 200% de la base du remboursement Sécurité sociale Voir garanties « soins dentaires » 300% de la base du remboursement Sécurité sociale 200% de la base du remboursement Sécurité sociale Voir garanties « soins dentaires »
HONORAIRES PARAMEDICAUX Actes remboursés par la Sécurité sociale réalisés par des auxiliaires médicaux	300% de la base du remboursement Sécurité sociale
ANALYSES & EXAMENS DE LABORATOIRE y compris actes de prélèvements	300% de la base du remboursement Sécurité sociale
MEDICAMENTS Médicaments, vaccins, substituts nicotiniques et préparations magistrales, remboursés par la Sécurité sociale	100% du ticket modérateur
Médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	3% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	2% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire
Vaccin antigrippal	100% des frais réels sous déduction des prestations Sécurité sociale
Substituts nicotiniques non remboursés par la Sécurité sociale	3% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL Dispositifs médicaux (orthopédie, prothèse, petit appareillage) remboursés par la Sécurité sociale, hors optique et audiologie	300% de la base du remboursement Sécurité sociale
Ostéodensitométrie remboursée ou non prise en charge par la Sécurité sociale (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	2% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

DENTAIRE : Dans la limite de 2500 Euros, par an et par bénéficiaire, au titre des « PROTHESES » (4) et uniquement pour les frais engagés dans le cadre du PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » et du PANIER « TARIF LIBRE ».	
SOINS Soins dentaires (consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire, actes techniques médicaux) réalisés par un chirurgien-dentiste réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (3)	180% de la base du remboursement Sécurité sociale Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS » Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »
Actes d'inlays, onlays remboursés par la Sécurité sociale PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » (5) réalisés par un chirurgien-dentiste réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (3) PANIER « TARIF LIBRE » réalisés par un chirurgien-dentiste réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (3)	180% de la base du remboursement Sécurité sociale limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS » Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS » 180% de la base du remboursement Sécurité sociale Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS » Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »
Actes de parodontologie remboursés par la Sécurité sociale réalisés par un chirurgien-dentiste réalisés par un stomatologue Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (3)	180% de la base du remboursement Sécurité sociale Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS » Voir les garanties de spécialistes en « SOINS COURANTS »
SOINS et PROTHESES 100% SANTE (6) Prothèses fixes, couronnes transitoires, inlay-core Prothèses amovibles définitives et transitoires, leurs actes de réparation et de suppléments (7)	100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
PROTHESES Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » (8) PANIER « TARIF LIBRE »	500% de la base du remboursement Sécurité sociale limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale 350% de la base du remboursement Sécurité sociale

Emise le 01/01/2022 - CGA

22/33





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

Inlay-Core remboursé par la Sécurité sociale	
PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁸⁾	500% de la base du remboursement Sécurité sociale limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
PANIER « TARIF LIBRE »	350% de la base du remboursement Sécurité sociale
Implantologie remboursée par la Sécurité sociale	250% de la base du remboursement Sécurité sociale
ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	400% de la base du remboursement Sécurité sociale
SOINS ET EQUIPEMENTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	
Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁹⁾	400 euros par dent, limité à 3 prothèses maximum par an et par bénéficiaire
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁹⁾ (par implant)	500 euros
Actes de parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁹⁾	300 euros, par an et par bénéficiaire
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁹⁾	300% de la base du remboursement Sécurité sociale reconstituée sur la base d'un TO90
OPTIQUE : Dans la limite de l'acquisition par le bénéficiaire d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Par exception, les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Le montant des prestations peut s'entendre par équipement « verres + monture » avec une prise en charge de la monture au sein de l'équipement de Classe B limitée à 100 euros. Est également prévue la prise en charge à hauteur des dépenses réelles, sous déduction des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, limité au Prix Limite de Vente (PLV), sous déduction des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire de la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents.	
EQUIPEMENTS 100% SANTE ⁽⁶⁾	
Monture + Verres de Classe A	
Frais d'adaptation	100% des frais réels limités aux Prix Limites de Vente (PLV), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
Suppléments pour monture de lunettes à coque < 6 ans	
EQUIPEMENTS OPTIQUE DE CLASSE B	
Monture de Classe B	100 euros sous déductions des prestations de la Sécurité Sociale
Verres de Classe B	cf. grille optique ci-après
Frais d'adaptation	
Suppléments pour monture de lunettes à coque < 6 ans et autres suppléments	100% du ticket modérateur
LENTILLES DE CONTACT ⁽¹⁰⁾	
y compris jetables, remboursées par la Sécurité sociale	210 euros, par an et par bénéficiaire
LENTILLES DE CONTACT y compris jetables, non prises en charge par la Sécurité sociale mais prescrites médicalement	210 euros, par an et par bénéficiaire
CHIRURGIE REFRACTIVE non prise en charge par la Sécurité sociale (pour chaque œil et par an)	500 euros





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

AIDES AUDITIVES	
EQUIPEMENTS 100% SANTE ⁽⁶⁾ (dits de Classe I)	
A compter du 01/01/2021	100% des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, limités au Prix Limite de Vente (PLV), sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
APPAREIL DE CLASSE II ⁽¹¹⁾	Voir garantie « APPAREIL DE LA CLASSE II »
Bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient atteint de cécité	300% de la base du remboursement Sécurité sociale
Bénéficiaire âgé d'au moins 20 ans	300% de la base du remboursement Sécurité sociale
CONSOMMABLES, PILES OU ACCESSOIRES pris en charge par la Sécurité sociale	100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale

AUTRES POSTES DE SOINS	
ALLOCATION NAISSANCE / ADOPTION	300 euros (doublement en cas de naissance multiple)
CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	100% des frais réels sous déduction des prestations Sécurité sociale dans la limite de 150 euros
ALLOCATION D'OBSEQUES (assuré, conjoint ou concubin, enfant à charge)	100% des frais réels dans la limite de 500 euros

MEDECINES DOUCES, NATURELLES OU ALTERNATIVES	
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Micro kinésithérapeute, Aromathérapeute, Oligothérapeute, Réflexologue, Phytothérapeute, Naturopathe, Etiopathe, Homéopathe, Pédicure-Podologue, Psychomotricien, Psychologue	3% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale par séance, dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste
CONSULTATION DE DIETETICIEN POUR UN ENFANT DE MOINS DE 12 ANS non prise en charge par la Sécurité sociale	2% du Plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire

GARANTIES ANNEXES	
TIERS PAYANT	GARANTIE ACCORDEE
ASSISTANCE	GARANTIE ACCORDEE
SANTE ASSISTANCE / ASSISTANCE TELECONSULTATION	GARANTIE ACCORDEE

- FR : Frais réels
- FR-SS : Frais Réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale correspondant à la date des soins
- TM : Ticket modérateur (différence entre le tarif de responsabilité et le remboursement de la Sécurité sociale)





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

(1)

Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par la Compagnie. Les frais d'hospitalisation liés à l'accouchement sont pris en charge, y compris les frais de chambre particulière, dans la limite de remboursements définis ci-dessus. Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérarium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité sociale sont compris dans la garantie.

La participation forfaitaire de 24 euros est prise en charge pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté à un coefficient égal ou supérieur à 60 ou supérieur à 120 euros.

(2)

Facturés en sus des frais de séjour, pour certains types d'établissements.

(3)

Pour les assurés relevant du régime Alsace/Moselle ou autres régimes spéciaux, et/ou atteints d'une affection de longue durée ainsi que pour les femmes enceintes, lorsque les limites de remboursement s'entendent en complément des remboursements de la Sécurité sociale, il est précisé que le niveau de remboursement est limité au Ticket Modérateur + 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

(4)

Sont concernés par l'application du plafond, la Prothèse dentaire, l'Inlay-Core et l'Implantologie, tous trois remboursés par la Sécurité sociale. Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements postérieurs s'effectueraient sur la base du Ticket Modérateur + 25% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

(5)

Tels que définis réglementairement. **Ces modalités de remboursement prennent effet au 01/01/2021**, soit, au moment de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) associés. Les actes réalisés avant cette date seront remboursés au titre des actes de la même catégorie appartenant au PANIER « TARIF LIBRE ».

(6)

Tels que définis réglementairement.

(7)

Tels que définis réglementairement. **Ces modalités de remboursement prennent effet au 01/01/2021**, soit, au moment de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) associés. Les actes réalisés avant cette date seront remboursés au titre des actes de la même catégorie appartenant au PANIER « TARIF LIBRE ».

(8)

Tels que définis réglementairement. Les nouvelles modalités de remboursement prenant effet **entre 01/01/2020 et le 01/01/2022**, au fur et à mesure de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF), les actes réalisés avant l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) correspondants seront remboursés au titre du PANIER « TARIF LIBRE ».

(9)

Les actes dentaires correspondant à des actes hors Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés par La Compagnie

(10)

Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueraient sur la base de 100% du Ticket modérateur.

(11)

A partir du 01/01/2021, les garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans, dans la limite de 1700 Euros TTC par oreille (prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire et Ticket Modérateur comprises) et selon les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

GRILLE OPTIQUE :

Les prestations sont exprimées en euros et par verre.

TYPE DE VERRES		LIMITE DE REMBOURSEMENT <i>(remboursement de la Sécurité sociale inclus)</i>
MYOPIE ou HYPERMETROPIE : verre simple foyer, sphérique		
Sphère de -6,00 à +6,00 dioptries		120 euros
Sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries		150 euros
ASTIGMATISME : verre simple foyer sphéro-cylindrique - Sphère ≤ 0 (cas de myopie)		
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries, sphère de -6,00 à 0 dioptries		120 euros
Cylindre inférieur ou égal à 0,25 dioptries, sphère inférieure à -6,00 dioptries		150 euros
Cylindre supérieur à +4,00 dioptries, sphère de -6,00 à 0 dioptries		150 euros
ASTIGMATISME : verre simple foyer sphéro-cylindrique - Sphère > 0 (cas d'hypermétropie)		
Somme Sphère + Cylindre inférieure ou égale à +6,00 dioptries		120 euros
Somme Sphère + Cylindre supérieure à +6,00 dioptries		150 euros
PRESBYTIE : verre multifocal ou progressif sphériques		
Sphère de -4,00 à +4,00 dioptries		150 euros
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries		250 euros
PRESBYTIE et ASTIGMATISME : verre multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique, quelle que soit la puissance du cylindre - Sphère ≤ 0 (cas de myopie)		
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries, sphère de -8,00 et 0 dioptries		150 euros
Cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptries, sphère inférieure à -8,00 dioptries		250 euros
Cylindre supérieur à +4,00 dioptries, sphère de -8,00 à 0 dioptries		250 euros
PRESBYTIE et ASTIGMATISME : verre multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique, quelle que soit la puissance du cylindre - Sphère > 0 (cas d'hypermétropie)		
Somme Sphère + Cylindre inférieure ou égale à +8,00 dioptries		150 euros
Somme Sphère + Cylindre supérieure à +8,00 dioptries		250 euros

DISPOSITIONS RELATIVES AU TIERS PAYANT

La procédure de tiers payant dispense l'assuré de faire l'avance du ticket modérateur auprès des professionnels de santé qui le pratiquent.

Pour délivrer les cartes de tiers payant, la Compagnie ou son délégataire doit être en possession de la photocopie de l'attestation VITALE de chaque bénéficiaire.

La Compagnie ou son délégataire adresse alors à chaque assuré sa carte de tiers payant mentionnant la période de garantie des droits. Une nouvelle carte sera fournie chaque année avec la mention de la période de garantie ; en cas de modification de la situation de famille, une nouvelle carte sera délivrée.

En cas de radiation d'un assuré ou de résiliation du contrat, la Contractante s'engage à retirer les cartes et à les détruire. La Compagnie se réserve le droit de récupérer auprès de la Contractante toute somme indûment versée du fait de la non-observation de ces dispositions.





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

RESEAU DE SOINS - TOUS SERVICES

La Compagnie propose à l'assuré d'accéder au réseau national d'opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes, partenaires de CARTE BLANCHE.

Le réseau national d'opticiens partenaires de CARTE BLANCHE permet à chaque assuré de bénéficier de prestations de qualité tout en respectant une politique tarifaire modérée.

Les garanties du contrat demeurent identiques que l'assuré soit dans le réseau CARTE BLANCHE ou hors réseau.

CONTRAT RESPONSABLE

Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « Contrats Responsables » (article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et autres décrets et arrêtés applicables).

Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie.

Le présent contrat est qualifié de « responsable » et répond à l'ensemble des règles définies aux articles R871-1 et R871-2 II du Code de la Sécurité sociale ainsi qu'au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif à la réforme 100% santé.

En cas d'évolutions législatives ou réglementaires régissant les « contrats responsables », les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'assuré.

ALLOCATION D'OBSÈQUES

Le décès de L'Assuré, du conjoint (PACS ou concubin) ou d'un enfant à charge, si ces derniers sont couverts au titre du présent contrat, survenant pendant la période d'assurance, ouvre droit à une indemnité limitée aux frais réellement engagés. Le montant de cette allocation est fixé au paragraphe « NIVEAU DES GARANTIES ».

Cette allocation est versée à la personne ayant supporté les frais d'obsèques.

Toutefois :

- si les frais d'obsèques sont intégralement prélevés sur le compte bancaire de l'assuré, la totalité de l'allocation est versée à la succession du défunt.
- si les frais d'obsèques sont partiellement prélevés sur le compte bancaire de l'assuré, l'allocation est versée à la succession et à la personne ayant supporté le reliquat des frais d'obsèques proportionnellement à leur participation.





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

DROIT AU MAINTIEN DE LA COUVERTURE « MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE » EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL EN APPLICATION DE L'ARTICLE L911-8 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

1. OBJET DE LA GARANTIE

L'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale met en place pour les entreprises un mécanisme de portabilité des droits en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit aux allocations chômage.

2. CONDITIONS D'OUVERTURE

Les assurés dont le contrat de travail est rompu et qui bénéficient d'un droit à prise en charge par le Pôle Emploi, ont droit au maintien des garanties du présent contrat.

3. MODALITES D'APPLICATION

L'assuré dont le contrat de travail est rompu bénéficie de plein droit des garanties du présent contrat.

La Contractante s'engage à informer la Compagnie :

- de la sortie des effectifs d'un de ses salariés dans un délai de 10 jours suivant la rupture du contrat de travail,
- de la mise en place d'un Plan de sauvegarde de l'emploi (à partir de 10 licenciements sur une période de 30 jours) ou de licenciements massifs (plus de 20 % des effectifs licenciés sur une période de 60 jours) dans un délai de 10 jours à compter de l'atteinte de l'un de ces seuils. Si l'un des événements se réalise, la Compagnie se réserve le droit d'augmenter les cotisations des actifs à compter du premier jour du mois qui suit la mise en place du Plan de sauvegarde de l'emploi ou des licenciements massifs. La Contractante conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation du contrat, sans application du délai de préavis.

4. CESSATION DES GARANTIES

Un assuré bénéficiant du droit à portabilité des garanties au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, est radié de plein droit du contrat :

- lorsqu'il reprend une activité professionnelle,
- lorsque ses droits aux allocations chômage cessent,
- au plus tard au terme défini par la Contractante, dans la limite de 12 mois, selon la législation en vigueur,
- en tout état de cause, en cas de résiliation du présent contrat.





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

ANNEXE I - GLOSSAIRE

B

Base de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le tarif fixé par la Sécurité sociale pour tout acte pratiqué par un professionnel de santé. Il sert de base au calcul du remboursement de la Sécurité sociale. Ce terme a remplacé celui de tarif de responsabilité qui était utilisé précédemment et qui se divisait en deux :

- Tarif de convention pour les médecins conventionnés ;
- Tarif d'autorité pour les médecins non conventionnés.

C

Conventionné / non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire.

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession.

Ils peuvent pratiquer un tarif :

- soit fixe sans dépassement d'honoraires (Secteur 1). Ces honoraires correspondent aux tarifs qui servent de base au remboursement de la caisse d'assurance maladie,
- soit à honoraires libres (secteur 2). Les tarifs pratiqués par les médecins sont libres et fixés par le médecin et donc enclins aux dépassements d'honoraires.

Les professionnels de santé sont dits « hors convention » lorsqu'ils n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale. Les médecins fixent librement leurs tarifs, avec des possibilités de dépassements d'honoraires.

Établissement de santé conventionné

Au sens de la notice d'information, on entend par ce terme aussi bien :

. L'Hôpital public : les frais sont payés directement par la Sécurité sociale à l'hôpital. Le ticket modérateur, le forfait journalier, la chambre particulière ou les frais annexes restent éventuellement à la charge de l'Assuré(e).

. Et l'Établissement privé : les frais sont également pris en charge par la Sécurité sociale. Les tarifs font l'objet d'une convention entre la Sécurité sociale et l'établissement hospitalier.

Établissement de santé non conventionné

Au sens de la notice d'information, on entend par ce terme aussi bien :

. L'établissement agréé par la Sécurité sociale : le tarif de remboursement est inférieur à celui appliqué en secteur conventionné.

Classe A (optique)

Équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Classe B (optique)

Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée (dite de classe A), c'est-à-dire avec un tarif libre.

Classe I (aides auditives)

Équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Classe II (aides auditives)

Équipement appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée, c'est-à-dire avec un tarif libre.

F

Frais réels (FR)

Ce sont les dépenses réellement engagées par l'assuré et les bénéficiaires du contrat.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire depuis le 1er janvier 2008.

HLF (Honoraires Limite de Facturation)

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour un acte donné. A compter de 2019 et progressivement, des Honoraires Limites de Facturation (HLF) seront appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcée ».





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

M

Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Il s'agit des médecins ayant choisi d'adhérer à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Ces médecins sont signataires de la convention médicale et exercent en secteur 1 ou 2.

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et se rapportent à deux options qui sont, selon la spécialité médicale exercée par le professionnel :

- l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM),
ou

l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM CO), pour les médecins exerçant en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.

P

Panier 100% santé ou Panier à prise en charge renforcée

OPTIQUE

Équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

DENTAIRE

Actes pour lesquels un Honoraire Limite de Facturation est instauré dans la convention dentaire et ferait l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Le but étant de les rendre accessibles sans reste à charge.

AIDES AUDITIVES

Équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Panier reste à charge maîtrisé (DENTAIRE)

Actes à entente directe limitée (application des honoraires limites de facturation) avec reste à charge.

Panier Tarif Libre (DENTAIRE)

Actes appartenant à un panier autre que ceux à prise en charge renforcée ou à reste à charge maîtrisé, c'est-à-dire avec un tarif libre.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Il est revalorisé par décret chaque année. A titre indicatif, au 1er janvier 2020, sa valeur est de 3428€.

Pour rappel, sa valeur au 1er janvier 2019 était de 3377€.
(l'indication du montant du plafond de la Sécurité sociale est indiqué sur le site : ameli.fr).

PLV (OPTIQUE & AIDES AUDITIVES)

Le Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier du sans reste à charge sur ces équipements.

T

Taux de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le taux sur lequel la Sécurité sociale se base pour effectuer ses remboursements. Il s'applique sur la base de remboursement de la Sécurité sociale et varie en fonction de l'acte médical.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire. Il demeure à la charge de l'assuré.





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

ANNEXE II - ACTION SOCIALE

Le fonds social de Generali est proposé par Generali Vie et délégué pour les actions sociales individuelles à Europ Assistance et Bien-Être Assistance.

Les informations à caractère personnel recueillies par Generali Vie sont nécessaires et ont pour but de satisfaire aux demandes de l'assuré ou pour effectuer des actes de souscription ou de gestion des contrats. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Ces informations, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par Generali Vie pour des besoins de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement, de prospection (sous réserve du respect du droit d'opposition de l'assuré ou de l'obtention de son accord à la prospection conformément aux exigences légales) d'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme.

Les opérations et données personnelles sont couvertes par le secret professionnel. Toutefois ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, Generali Vie peut être amené à communiquer des informations à des autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

L'assuré peut également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations le concernant, les faire rectifier, s'opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales. Ces droits peuvent être exercés auprès de :

EUROP ASSISTANCE FRANCE
Service Remontées Clients
1 promenade de la Bonnette
92633 GENNEVILLIERS CEDEX.

Introduction

Conformément à l'article R912-2 du Code de la Sécurité sociale, le présent contrat prévoit dans le cadre d'un fonds social, la possibilité pour les assurés, de bénéficier, sous condition :

- d'aides financières pour des situations de secours exceptionnels ;
- d'un accompagnement temporaire par des professionnels sous forme de conseils et diagnostic personnalisés.





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

I. Aide financière individuelle

L'aide financière individuelle exceptionnelle est proposée aux assurés en situation de précarité.
Toute demande d'aide est soumise à la discrétion des services en charge de l'action sociale de Generali.

1. Objet

Peuvent faire l'objet d'une aide financière exceptionnelle les assurés ayant un reste à charge au titre de dépenses de santé relatives à des dispositifs médicaux (prothèses dentaires, auditives, équipement médical...) ou une situation exceptionnelle d'urgence notamment une maladie, un décès, une catastrophe naturelle, une perte d'emploi.

En tout état de cause, l'aide financière accordée est une allocation exceptionnelle, non renouvelable, d'un montant limité. Elle est attribuée à titre individuel après une étude personnalisée de leur situation par les services en charge de l'action sociale de Generali.

2. Conditions d'accès

Sous conditions de ressources, peuvent bénéficier de cette aide :

- ✓ les actifs assurés
- ✓ les ayants droit
- ✓ les bénéficiaires de la portabilité
- ✓ les retraités toujours couverts par le contrat collectif au titre du maintien des garanties
- ✓ les anciens assurés faisant une demande rétroactive au titre d'une couverture passée.

L'aide accordée revêt un caractère exceptionnel et de secours. Aussi, l'assuré ne peut se voir attribuer qu'une seule aide financière au titre d'un même motif et ne saurait donc bénéficier d'une aide financière au titre d'un événement qui n'aurait pas un caractère urgent.

Les aides financières sont accordées par ordre d'arrivée des demandes dûment complétées, dans la limite des sommes disponibles sur le fonds.

3. Démarches à suivre

Pour demander à bénéficier de cette aide, l'assuré peut, soit :

- écrire un mail à l'adresse suivante actionsociale@generali.fr ;
- appeler la plateforme en charge de l'action sociale de Generali au 01.41.85.98.41 (*prix d'un appel local*) accessible du lundi au jeudi de 09h00 à 17h30 et le vendredi de 09h00 à 17h00 ;
- prendre contact avec tous services d'assistances sociales notamment locaux, départementaux, hospitaliers, d'entreprises qui se rapprocheront des services en charge de l'action sociale de Generali.

L'assuré remplit le formulaire permettant aux services en charge de l'action sociale de Generali de réaliser une étude personnalisée de sa situation.

Il est précisé que toute demande accompagnée de pièces médicales doit être adressée, sous pli fermé, à l'attention du Médecin Conseil (l'adresse étant précisée sur le formulaire communiqué au demandeur).





CONTRAT MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE N° 21020439/ENS01_1 - Notice d'information
CONTRACTANTE : AVO CARBON FRANCE

II. Conseil / Diagnostic par téléphone

1. Objet

En cas de changement de situation personnelle occasionnant des difficultés spécifiques (divorce, perte d'emploi, dépendance...), l'assuré peut solliciter l'aide sociale afin d'être accompagné, après identification des démarches qu'il pourrait entreprendre, dans la bonne mise en œuvre de son plan d'actions.

2. Conditions d'accès

Après étude personnalisée de la situation par les assistantes sociales en charge de l'action sociale de Generali, peuvent bénéficier de cette aide :

- ✓ les actifs assurés
- ✓ les ayants droit
- ✓ les bénéficiaires de la portabilité
- ✓ les retraités toujours couverts par le contrat collectif au titre du maintien des garanties
- ✓ les anciens assurés faisant une demande rétroactive au titre d'une couverture passée.

Cette aide est dispensée dans la limite des sommes disponibles sur le fonds.

3. Démarches à suivre

Pour bénéficier de cette aide, l'assuré contacte la plateforme en charge de l'action sociale de Generali au 01.41.85.98.41 (*prix d'un appel local*) accessible du lundi au jeudi de 09h00 à 17h30 et le vendredi de 09h00 à 17h00.

Lors des différents entretiens menés par les services en charge de l'action sociale de Generali, si l'assuré doit transmettre des pièces médicales, il convient de les adresser, sous pli fermé, à l'attention du Médecin Conseil.



ANNEXE - GARANTIES ASSISTANCE

**Convention d'assistance GENERALI SANTE
ASSISTANCE +**

EA8

01 janvier 2019

Sommaire

PREAMBULE	4
1. GENERALITES	4
1.1. Objet.....	4
1.2. Définitions.....	4
1.2.1. GENERALI SANTE ASSISTANCE + ou « Nous ».....	4
1.2.2. Bénéficiaire ou « Vous »	4
1.2.3. Domicile	4
1.2.4. France	4
1.2.5. Ascendant	4
1.2.6. Handicap.....	5
1.2.7. Hospitalisation imprévue.....	5
1.2.8. Hospitalisation programmée.....	5
1.2.9. Hospitalisation ambulatoire.....	5
1.2.10. Immobilisation.....	5
1.2.11. Blessure	5
1.2.12. Maladie.....	5
2. CONDITIONS ET MODALITES D'APPLICATION DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE	5
2.1. Validité et durée	5
2.2. Conditions d'application	6
2.3. Titres de transport	6
2.4. Etendue territoriale.....	6
3. MODALITES D'INTERVENTION	6
4. SERVICE DE RENSEIGNEMENTS ET D'INFORMATIONS A CARACTERE DOCUMENTAIRE	7
5. PRESTATIONS D'ASSISTANCE A DOMICILE	7
5.1. Vous êtes ;	8
Soit admis(e) en Hospitalisation imprévue ou programmée pour plus de 48 heures ou immobilisé(e) à votre Domicile plus de 5 jours,	8
Soit admise en Hospitalisation pour plus de 6 jours en maternité,.....	8
Soit admis(e) en Hospitalisation ambulatoire (hors maternité)	8
Soit en cas de décès d'un Bénéficiaire.....	8
5.1.1. Soit transfert de vos enfants, ou de vos Ascendants, chez un proche.....	8
5.1.2. Soit présence d'un proche.....	8
5.1.3. Soit garde des enfants, ou de vos Ascendants, à votre Domicile	8
5.1.1. Assistance psychologique.....	8
5.1.2. Transport et garde de vos animaux domestiques	9
5.2. Aide-ménagère.....	9
5.2.1. Vous êtes	9
Soit admis(e) en Hospitalisation imprévue pour plus de 48h ou immobilisé(e) à votre Domicile plus de 5 jours,.....	9
Soit admise en Hospitalisation imprévue pour plus de 6 jours en maternité,.....	9
Ou en cas de décès d'un Bénéficiaire	9
5.2.2. Vous êtes	10
Soit admis(e) en Hospitalisation programmée pour plus de 48h	10
Soit admise en Hospitalisation programmée pour plus de 6 jours en maternité,.....	10
Soit admis en Hospitalisation ambulatoire (hors maternité)	10
5.3. En cas d'Immobilisation au Domicile de plus de 48 heures de votre enfant bénéficiaire de moins de 15 ans ou en situation de Handicap.....	10

* Vous vivez, nous veillons

5.3.1.	Soit présence d'un proche.....	10
5.3.2.	Soit garde à Domicile	10
5.4.	En cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours de votre enfant bénéficiaire de moins de 15 ans ou en situation de Handicap, due à une Immobilisation au Domicile ou à une Hospitalisation programmée ou imprévue.....	10
5.4.1.	L'école continue	10
5.5.	En cas d'Hospitalisation de plus de 4 jours (hors maternité) ou d'Immobilisation de plus de 10 jours (hors maternité) ou de décès de la personne salariée, fiscalement déclarée en charge de la garde des enfants bénéficiaires de moins de 15 ans ou en situation de Handicap.....	11
5.5.1.	Soit le déplacement d'un proche.....	11
5.5.2.	Soit la garde des enfants par une personne qualifiée	11
5.6.	En cas d'Immobilisation au Domicile	11
5.6.1.	Recherche des coordonnées d'un médecin	11
5.6.2.	Recherche des coordonnées d'un(e) infirmier/ière	11
5.6.3.	Recherche et envoi d'une ambulance pour votre transfert à l'hôpital, au centre de soins ou d'examens	12
5.6.4.	Livraison de médicaments au Domicile.....	12
6.	DISPOSITIONS GENERALES	12
6.1.	Exclusions	12
6.1.1.	Exclusions communes à toutes les prestations.....	12
6.1.2.	Exclusions spécifiques à l'assistance aux Personnes.....	13
6.2.	Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés	13
6.3.	Subrogation	13
6.4.	Prescription	14
6.5.	Fausse déclarations.....	14
6.6.	Déchéance pour déclaration frauduleuse	14
6.7.	Cumul des garanties.....	14
6.8.	Réclamations – Litiges	15
6.9.	Autorité de contrôle	15
6.10.	Protection des données personnelles.....	15
6.11.	Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique.....	17

Préambule

La présente convention d'assistance constitue les Conditions Générales du contrat d'assistance GENERALI SANTE ASSISTANCE +, entré en vigueur à compter du 01/01/2019.

Elle détermine les prestations qui seront garanties et fournies par EUROP ASSISTANCE, entreprise régie par le code des assurances, aux Bénéficiaires du contrat d'assurance collectif GENERALI SANTE souscrit auprès de GENERALI VIE (ci-après désigné « le Contrat GENERALI SANTE »).

Dispositions en vigueur jusqu'à parution de la nouvelle convention d'assistance.

1. Généralités

1.1. Objet

La présente convention d'assistance GENERALI SANTE ASSISTANCE + a pour objet de préciser les droits et obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Bénéficiaires définis ci-après.

1.2. Définitions

1.2.1. GENERALI SANTE ASSISTANCE + ou « Nous »

Désigne EUROP ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 35 402 786 euros, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS.

* Vous vivez, nous veillons

1.2.2. Bénéficiaire ou « Vous »

Est considéré comme Bénéficiaire l'affilié d'un contrat d'assurance GENERALI SANTE, ainsi que les personnes suivantes :

- Le conjoint, pacsé ou concubin notoire de l'affilié, vivant sous le même toit que celui-ci,
- leur(s) enfant(s) célibataire(s) âgé(s) de moins de 25 ans à charge au sens fiscal, et vivant sous le même toit, les enfants en situation de Handicap âgés de plus de 25 ans,
- les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours,
- le cas échéant : leur(s) enfant(s) qui viendrait(en)t à naître au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours.

1.2.3. Domicile

Désigne le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire en France. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition.

1.2.4. France

Désigne la France métropolitaine et la Principauté de Monaco.

1.2.5. Ascendant

Désigne le père, la mère, le grand-père, la grand-mère de l'affilié ou de son conjoint, concubin ou pacsé bénéficiaire, à charge fiscale de ces derniers, et résidant au Domicile.

1.2.6. Handicap

Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

1.2.7. Hospitalisation imprévue

Désigne l'admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), consécutive à une Maladie ou à une Blessure, et comportant au moins une nuit sur place, et dont la survenance n'était pas connue du Bénéficiaire 5 jours ouvrés avant la date d'admission.

1.2.8. Hospitalisation programmée

Désigne l'admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), consécutive à une Maladie ou à une Blessure, et comportant au moins une nuit sur place.

L'hospitalisation programmée doit avoir été prescrite au moins 5 jours ouvrés avant la date d'admission.

1.2.9. Hospitalisation ambulatoire

Désigne l'admission, justifiée par un bulletin d'hospitalisation d'entrée et de sortie, dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), consécutive à une Maladie ou à une Blessure.

1.2.10. Immobilisation

Désigne l'incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à une Blessure, et nécessitant le repos au Domicile. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon le Bénéficiaire concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

1.2.11. Blessure

Désigne toute lésion corporelle médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et

* Vous vivez, nous veillons

imprévisible d'une cause extérieure et empêchant le Bénéficiaire de se déplacer par ses propres moyens.

1.2.12. Maladie

Désigne l'état pathologique dûment constaté par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux.

2. Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance

2.1. Validité et durée

Les garanties d'assistance s'appliquent pendant la période de validité du contrat d'assurance GENERALI SANTE. Elles prennent effet, durent, sont suspendues, renouvelées ou résiliées dans les mêmes conditions et à la même date que le Contrat GENERALI SANTE.

2.2. Conditions d'application

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

2.3. Titres de transport

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, le Bénéficiaire s'engage soit à réserver à GENERALI SANTE ASSISTANCE + le droit d'utiliser les titres de transport qu'il détient soit à rembourser à GENERALI SANTE ASSISTANCE + les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

2.4. Etendue territoriale

Le présent contrat s'applique en France.

3. Modalités d'intervention

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences.

Afin de Nous permettre d'intervenir, Nous Vous recommandons de préparer votre appel.

Nous Vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où Vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut Vous joindre,
- votre numéro de contrat GENERALI SANTE

Si Vous avez besoin d'assistance, Vous devez :

- Nous appeler sans attendre au n° de téléphone : 01 41 85 92 34
- **obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,**

* Vous vivez, nous veillons

- Vous conformer aux solutions que Nous préconisons,
- Nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- Nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Nous Vous demanderons tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance, à savoir selon les cas, les bulletins d'hospitalisation d'entrée et de sortie, le certificat de décès, un justificatif de concubinage ou de Pacs, un avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant autre que votre nom, votre adresse, et les personnes composant votre foyer fiscal, un certificat médical justifiant de l'immobilisation au Domicile (certificat médical ou certificat d'arrêt de travail),..

Toute Hospitalisation, Immobilisation ou décès non justifiés par les documents visés dans la présente Convention d'assistance pourra donner lieu à refacturation au Bénéficiaire demandeur de la prestation accordée par GENERALI SANTE ASSISTANCE +.

Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

4. Service de renseignements et d'informations à caractère documentaire

Sur simple appel téléphonique, de 8 h 00 à 19 h 30, sauf dimanches et jours fériés, Nous nous efforçons de rechercher les informations et renseignements à caractère documentaire et exclusivement d'ordre privé, destinés à orienter vos démarches dans les domaines suivants :

- famille, mariage, divorce, succession,
- habitation, logement,
- justice,
- travail,
- impôts, fiscalité,
- assurances sociales, allocations, retraites,
- consommation, vie privée,
- formalités, cartes,
- la législation routière (les contraventions, les procès-verbaux...),
- le permis à points (les points, les stages, les sanctions...),
- enseignement, formation,
- voyages, loisirs,
- assurances, responsabilité civile,
- services publics, exclusivement d'ordre privé.

Dans tous les cas, ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques. Selon les cas, Nous pourrions Vous orienter vers les organismes professionnels susceptibles de Vous répondre. Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance téléphoniques. Nous nous efforçons de répondre immédiatement à tout appel mais pouvons être conduits pour certaines demandes à procéder à des recherches entraînant un délai de réponse. Nous serons alors amenés à Vous recontacter dans les meilleurs délais, après avoir effectué les recherches nécessaires. Nous ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation, ni de l'utilisation faite par Vous des informations communiquées.

5. Prestations d'assistance à Domicile

Pour chacune des prestations ci-dessous, un maximum de deux interventions par an par bénéficiaire sont prises en charges. Au-delà de deux interventions par an, nous pouvons

* Vous vivez, nous veillons

communiquer au bénéficiaire les coordonnées de prestataires qualifiés. Le coût des prestataires qualifiés reste alors à la charge du bénéficiaire.

5.1. Vous êtes ;

Soit admis(e) en Hospitalisation imprévue ou programmée pour plus de 48 heures ou immobilisé(e) à votre Domicile plus de 5 jours,

Soit admise en Hospitalisation pour plus de 6 jours en maternité,

Soit admis(e) en Hospitalisation ambulatoire (hors maternité)

Soit en cas de décès d'un Bénéficiaire

Vous pouvez bénéficier de l'une des 3 prestations suivantes pour garder vos enfants de moins de 15 ans bénéficiaires, ou vos enfants en situation de Handicap, ou vos Ascendants :

5.1.1. Soit transfert de vos enfants, ou de vos Ascendants, chez un proche

Lorsque Vous Vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos enfants de moins de 15 ans ou de vos enfants en situation de Handicap ou de vos Ascendants à charge, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, depuis son domicile en France, d'une personne désignée par vos soins, ou d'une de nos hôtesses, pour venir chercher, à votre Domicile, vos enfants ou vos ascendants à charge lorsqu'ils sont à votre charge et les conduire chez un proche en France.

Nous prenons en charge le coût du voyage aller-retour des enfants ou des Ascendants à charge ainsi que celui d'un accompagnant.

5.1.2. Soit présence d'un proche

Lorsque Vous Vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos enfants de moins de 15 ans ou de vos enfants en situation de Handicap ou de vos Ascendants, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco, afin qu'elle se rende auprès de Vous et garde vos enfants de moins de 15 ans, ou vos enfants en situation de Handicap ou votre Ascendant à votre Domicile.

Dans le cas où cette personne ne peut être hébergée à votre Domicile, Nous organisons et prenons en charge ses frais **d'hôtel pendant 2 nuits jusqu'à concurrence de 60 € TTC par nuit maximum.**

5.1.3. Soit garde des enfants, ou de vos Ascendants, à votre Domicile

Lorsque Vous Vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos enfants de moins de 15 ans ou enfants en situation de Handicap ou de vos Ascendants, Nous organisons et prenons en charge la garde à votre Domicile de vos enfants de moins de 15 ans, ou de vos enfants en situation de Handicap ou de vos Ascendants, par une garde d'enfant ou une auxiliaire de vie qualifiée, pendant 15 heures maximum.

Les gardes ont lieu du lundi au samedi entre 8h00 et 19h00, à raison de 8 heures consécutives.

5.1.1. Assistance psychologique

Nous mettons à votre disposition, 24 h/24, 7 j /7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique Vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Le ou les entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre

** Vous vivez, nous veillons*

et attentive, Vous permettra de Vous confier et de clarifier la situation à laquelle Vous êtes confronté à la suite de cet événement.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de 3 entretiens téléphoniques

En fonction de votre situation et de votre attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez Vous, un psychologue diplômé d'état choisi par Vous parmi 3 noms de praticiens que Nous Vous aurons communiqués.

Nous assurerons l'organisation de ce rendez-vous. Le choix du praticien Vous appartient et les frais de cette consultation sont à votre charge.

5.1.2. Transport et garde de vos animaux domestiques

Si Vous n'êtes plus en mesure de Vous occuper de vos animaux de compagnie (chien ou chat exclusivement), Nous organisons leur transport jusqu'à un établissement de garde approprié proche de votre Domicile ou jusqu'à la destination de votre choix située en France et à moins de 50 km de votre lieu d'Hospitalisation.

Nous prenons en charge le transport de vos animaux de compagnie ainsi que leurs frais d'hébergement dans l'établissement de garde **jusqu'à 10 jours consécutifs pendant la durée de votre séjour à l'hôpital ou pendant votre Immobilisation au Domicile.**

Cette prestation est soumise au respect des conditions de transport, d'accueil et d'hébergement définies par les prestataires et établissements de garde (vaccinations à jour, passeport de l'animal, caution éventuelle, etc.).

5.2. Aide-ménagère

5.2.1. Vous êtes :

Soit admis(e) en Hospitalisation imprévue pour plus de 48h ou immobilisé(e) à votre Domicile plus de 5 jours,

Soit admise en Hospitalisation imprévue pour plus de 6 jours en maternité,

Ou en cas de décès d'un Bénéficiaire

Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère jusqu'à 20 heures de travail, réparties pendant votre Immobilisation ou Hospitalisation ou durant le mois qui suit la date de début de celle-ci (minimum de 2 heures à la fois).

5.2.2. Vous êtes :

Soit admis(e) en Hospitalisation programmée pour plus de 48h

Soit admise en Hospitalisation programmée pour plus de 6 jours en maternité,

Soit admis en Hospitalisation ambulatoire (hors maternité)

Par exception et exclusivement pour la prestation ci-dessous, un maximum de 4 interventions par an par bénéficiaire sont prises en charges.

* Vous vivez, nous veillons

Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère jusqu'à concurrence de 5 heures de travail, réparties pendant votre Hospitalisation ou durant le mois qui suit la date de début de celle-ci.

5.3. En cas d'Immobilisation au Domicile de plus de 48 heures de votre enfant bénéficiaire de moins de 15 ans ou en situation de Handicap

Vous pouvez bénéficier de l'une des 2 prestations suivantes :

5.3.1. Soit présence d'un proche

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1ère classe ou avion classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco, afin qu'elle se rende auprès de Vous et garde à votre Domicile votre enfant bénéficiaire.

Dans le cas où cette personne ne peut être hébergée à votre Domicile, Nous organisons et prenons en charge ses frais d'hôtel **pendant 2 nuits jusqu'à concurrence de 60 € TTC par nuit maximum.**

5.3.2. Soit garde à Domicile

Nous organisons et prenons en charge la garde de votre enfant bénéficiaire pendant 15 heures maximum.

Les gardes ont lieu du lundi au samedi entre 8h00 et 19h00, à raison de 8 heures consécutives.

5.4. En cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours de votre enfant bénéficiaire de moins de 15 ans ou en situation de Handicap, due à une Immobilisation au Domicile ou à une Hospitalisation programmée ou imprévue

5.4.1. L'école continue

En cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours ouvrés, Nous organisons et prenons en charge l'aide pédagogique à concurrence de 15 heures maximum par semaine, tous cours confondus, à raison de 2 heures de cours consécutives minimum, et dans la limite de 3 semaines par évènement.

Les cours sont dispensés du Cours Préparatoire (école primaire) à la Terminale des lycées d'enseignement général dans les matières principales suivantes : français, anglais, allemand, espagnol, histoire, géographie, mathématiques, sciences naturelles, physique, chimie.

Ce ou ces enseignants sont autorisés à prendre contact avec l'établissement scolaire de l'enfant afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs le contenu du programme scolaire.

En cas d'Hospitalisation de l'enfant, les cours continueront, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions, sous réserve que la Direction de l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent un accord formel en ce sens.

Cette prestation cesse à compter de la reprise des cours dans son école initiale par l'enfant bénéficiaire.

5.5. En cas d'Hospitalisation de plus de 4 jours (hors maternité) ou d'Immobilisation de plus de 10 jours (hors maternité) ou de décès de la personne salariée, fiscalement déclarée en charge de la garde des enfants bénéficiaires de moins de 15 ans ou en situation de Handicap

Vous pouvez bénéficier de l'une des prestations suivantes :

5.5.1. Soit le déplacement d'un proche

* Vous vivez, nous veillons

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1ère classe ou avion classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile en France, afin qu'elle se rende à votre Domicile et garde vos enfants de moins de 15 ans ou en situation de Handicap.

5.5.2. Soit la garde des enfants par une personne qualifiée

Nous organisons et prenons en charge la garde des enfants au Domicile du Bénéficiaire pendant 30 heures maximum, à concurrence de 10 heures par jour maximum réparties sur 5 jours.

5.6. En cas d'Immobilisation au Domicile

5.6.1. Recherche des coordonnées d'un médecin

A la suite d'une Immobilisation au Domicile et hors cas d'urgence, Vous avez besoin d'une consultation médicale et votre médecin traitant n'est pas disponible ; Nous Vous proposons les coordonnées de plusieurs praticiens proches de votre Domicile. Le choix du praticien et la décision finale Vous appartiennent.

Les frais de consultations et de déplacements sont à votre charge.

En cas d'urgence médicale, Vous devez impérativement appeler les secours locaux d'urgence.

5.6.2. Recherche des coordonnées d'un(e) infirmier/ière

A la suite d'une Immobilisation au Domicile et hors cas d'urgence, si des soins médicaux Vous ont été prescrits par un médecin, Nous pouvons Vous venir en aide 24 h/24, 7 j/7, sur simple appel téléphonique.

Nous recherchons et Vous communiquons les coordonnées d'un (d'une) ou de plusieurs infirmier/ère (s) proche de votre Domicile, afin qu'il/elle se rende auprès de Vous.

Le choix du praticien Vous appartient, et ses honoraires ainsi que ses frais de déplacement sont à votre charge.

5.6.3. Recherche et envoi d'une ambulance pour votre transfert à l'hôpital, au centre de soins ou d'examen

En cas d'Immobilisation au Domicile, et hors cas d'urgence, Nous recherchons une ambulance ou un véhicule sanitaire léger pour Vous conduire au centre de soins ou d'examen de votre choix. Les frais afférents à ce transport jusqu'au centre de soins ou d'examen restent à votre charge.

En cas d'urgence, Vous devez appeler les services de secours compétents (Samu, pompiers,...) auxquels Nous ne pouvons nous substituer.

5.6.4. Livraison de médicaments au Domicile

Vous êtes Immobilisé(e) à Domicile, à la suite d'une Maladie, d'une Blessure ou d'un Accident. Lorsqu'un médecin vient de Vous prescrire en urgence, par ordonnance, des médicaments, si personne de votre entourage ne peut se déplacer et si les médicaments sont immédiatement nécessaires, Nous allons les chercher dans une officine de pharmacie proche de votre Domicile (ou pharmacie de garde) et Nous Vous les apportons.

Nous prenons en charge le prix de la course. Le prix des médicaments reste à votre charge. Les médicaments doivent avoir été prescrits au maximum 24 heures avant la demande d'assistance.

6. Dispositions générales

6.1. Exclusions

6.1.1. Exclusions communes à toutes les prestations

Sont exclues les demandes consécutives :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme,
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,

- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif,
- à un incident survenu au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque Vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si Vous utilisez votre propre véhicule.
- à un sinistre survenu hors de France ou en dehors des dates de validité de garantie.

Sont également exclus :

- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou des transports primaires tels que le SAMU, les pompiers, et les frais s'y rapportant,
- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention d'assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais de franchise non rachetable en cas de location de véhicule,
- les frais de carburant et de péage,
- les frais de douane,
- les frais de restauration.

6.1.2. Exclusions spécifiques à l'assistance aux Personnes

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Outre les Exclusions communes à toutes les prestations figurant au chapitre 6.1.1, sont exclus :

- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les cures thermales et les frais en découlant,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,
- les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs conséquences,
- les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, ostéopathies, les frais en découlant, et leurs conséquences,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais y afférents.

6.2. Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que :

* Vous vivez, nous veillons

- guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,
- recommandations de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,
- grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation applicable,
- inexistence ou indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés (y compris refus d'intervention),

6.3. Subrogation

Après avoir engagé des frais dans le cadre de ses prestations d'assistance, GENERALI SANTE ASSISTANCE + est subrogée dans les droits et actions que Vous pouvez avoir contre les tiers responsables du sinistre, comme le prévoit l'article L 121-12 du Code des assurances. Notre subrogation est limitée au montant des frais que nous avons engagés en exécution du présent contrat.

6.4. Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances :

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont décrites aux articles 2240 à 2246 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil), un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances :

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

6.5. Fausses déclarations

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues article L.113-8 du Code des assurances),

Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la

* Vous vivez, nous veillons

résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des assurances).

6.6. Déchéance pour déclaration frauduleuse

En cas de sinistre ou demande d'intervention au titre des prestations d'assistance, si sciemment, Vous utilisez comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexacts ou réticentes, Vous serez déchu(e) de tout droit aux prestations d'assistance, prévues dans la présente convention d'assistance, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

6.7. Cumul des garanties

Si les risques couverts par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, Vous devez Nous informer du nom de l'assureur auprès duquel une autre assurance a été souscrite (article L121-4 du Code des assurances) dès que cette information a été portée à votre connaissance et au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

6.8. Réclamations – Litiges

En cas de réclamation ou de litige, Vous pourrez vous adresser à :

**Europ Assistance
Service Remontées Clients
1 promenade de la Bonnette
92633 Gennevilliers Cedex**

Si le délai de traitement doit excéder les dix jours ouvrés, une lettre d'attente Vous sera adressée dans ce délai. Une réponse écrite à la réclamation sera transmise dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation initiale.

Si Vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

Si le litige persiste après examen de votre demande par notre Service Remontées Clients, Vous pourrez saisir le Médiateur par courrier postal ou par internet :

**La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09
<http://www.mediation-assurance.org/>**

Vous restez libre de saisir, à tout moment, la juridiction compétente.

6.9. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR – 4, place de Budapest, CS 92459 PARIS CEDEX 09.

6.10. Protection des données personnelles

EUROP ASSISTANCE, Entreprise régie par le Code des assurances, ayant son siège social au 1, promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers cedex (ci-après dénommée « l'Assureur »), agissant en qualité de responsable de traitement, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel du Bénéficiaire ayant pour finalités de :

- gérer les demandes d'assistance et d'assurance,
- organiser des enquêtes de satisfaction auprès des Bénéficiaires ayant bénéficié des services d'assistance et d'assurance,
- élaborer des statistiques commerciales et des études actuarielles,
- examiner, accepter, contrôler et surveiller le risque,
- gérer les contentieux potentiels et mettre en œuvre les dispositions légales,
- mettre en œuvre les obligations de vigilance dans le cadre de la lutte contre le blanchiment

* Vous vivez, nous veillons

d'argent et le financement du terrorisme, les mesures de gel des avoirs, la lutte contre le financement du terrorisme et les sanctions financières, y inclus le déclenchement d'alertes et les déclarations de suspicion,

- mettre en œuvre des mesures visées à la lutte contre la fraude à l'assurance,
- gérer l'enregistrement des conversations téléphoniques avec les salariés de l'Assureur ou ceux de ses sous-traitants aux fins de former et évaluer les salariés et améliorer la qualité du service ainsi que pour gérer des contentieux potentiels.

Le Bénéficiaire est informé et accepte que ses données personnelles soient traitées pour les finalités précitées. Ce traitement est mis en œuvre en application du contrat.

Les données collectées sont obligatoires. En l'absence de communication de ces données, la gestion des demandes d'assistance et d'assurance du Bénéficiaire sera plus difficile voire impossible à gérer.

À cet effet, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles sont destinées à l'Assureur, responsable de traitement, aux sous-traitants, aux filiales et aux mandataires de l'Assureur. En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'Assureur peut être amené à communiquer des informations aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont conservées pour une durée variable selon la finalité poursuivie (*6 mois pour les enregistrements téléphoniques, 5 ans pour les autres traitements*), augmentée des durées de conservation obligatoires en matière de comptabilité et de la durée légale de prescription.

Le Bénéficiaire est informé et accepte que les données à caractère personnel le concernant soient communiquées à des destinataires, situés dans des pays tiers non membres de l'Union européenne, disposant d'une protection équivalente. Les transferts de données à destination de ces pays tiers sont encadrés par :

- une convention de flux transfrontières établie conformément aux clauses contractuelles types de responsables à sous-traitants émises par la Commission européenne et actuellement en vigueur,
- des contrats d'adhésion des entités de l'Assureur aux règles internes conformes à la recommandation 1/2007 du Groupe de travail de l'Article 29 sur la demande standard d'approbation des règles d'entreprise contraignantes pour le transfert de données personnelles,
- une convention de flux transfrontières établie conformément au Privacy Shield actuellement en vigueur s'agissant des transferts de données à destination des États-Unis.

Le Bénéficiaire peut demander une copie de ces garanties appropriées encadrant les transferts de données à l'une ou l'autre des adresses indiquées ci-dessous.

Ces flux ont pour finalité la gestion des demandes d'assistance et d'assurance. Les catégories de données suivantes sont concernées :

- données relatives à l'identité (notamment : nom, prénoms, sexe, âge, date de naissance, numéro de téléphone, courrier électronique) et à la vie personnelle (notamment : situation familiale, nombre des enfants),
- données de localisation,
- données de santé, y compris le numéro de Sécurité sociale (NIR).

Le Bénéficiaire, en sa qualité de personne concernée par le traitement, est informé qu'il dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de ses données, ainsi que d'un droit de limitation du traitement. Il dispose en outre d'un droit d'opposition. Le Bénéficiaire a le droit de retirer son consentement à tout moment, sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur le consentement avant le retrait de celui-ci. Par ailleurs, il dispose d'un droit de formuler des directives spécifiques et générales concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données post-mortem.

L'exercice des droits du Bénéficiaire s'effectue, auprès du Délégué à la protection des données, par courrier accompagné de la photocopie d'un titre d'identité signé, à l'une ou l'autre des adresses suivantes :

- soit par voie électronique : protectiondesdonnees@europ-assistance.fr,
- soit par voie postale : EUROP ASSISTANCE - À l'attention du Délégué à la protection des

* Vous vivez, nous veillons

données - 1, promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers cedex

Enfin, le Bénéficiaire est informé qu'il a le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

6.11. Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

EUROP ASSISTANCE informe le Bénéficiaire, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, que s'il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier postal ou par internet :

SOCIETE OPPOSETEL - Service Bloctel - 6, rue Nicolas Siret - 10000 TROYES

www.bloctel.gouv.fr

L'Assistance Téléconsultation

Si vous avez besoin de consulter un médecin généraliste, vous pouvez contacter la plateforme de téléconsultation au numéro de téléphone 01 41 85 91 59.

Tous les assurés (ci-après l'Utilisateur) bénéficient de cette garantie qui est mise en œuvre par EUROP ASSISTANCE SA, Société anonyme de droit français au capital de 35 402 786 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, entreprise régie par le Code des Assurances dont le siège social est sis 1 Promenade de la Bonnette – 92230 GENNEVILLIERS.

Cette garantie prend effet et cesse dans les mêmes conditions que les garanties principales du contrat.

L'accès au service de téléconsultation, service de télé médecine au sens des dispositions des articles L.6316-1 du Code de la santé publique, est réservé aux personnes physiques de plus de 18 ans. Pour toute fourniture du service de téléconsultation à un mineur dont l'âge est supérieur à 12 mois, l'accès à la Plateforme est nécessairement effectué et mis en œuvre par son représentant légal sous sa responsabilité exclusive.

Le service de téléconsultation comprend, le cas échéant, avec ou sans rendez-vous :

- La délivrance d'une information santé ;
- Le renseignement d'un dossier médical ;
- Le renseignement d'un questionnaire médical spécifique ;
- La délivrance d'une prescription, le cas échéant ;
- La consultation et l'envoi sécurisés du compte-rendu de l'acte de téléconsultation ainsi que de la prescription, le cas échéant ;
- L'envoi sécurisé du compte-rendu de la téléconsultation à votre médecin traitant, sous réserve de votre consentement à ce titre ;
- L'envoi sécurisé de la prescription à la pharmacie sélectionnée par vous, sous réserve de votre consentement à ce titre.

EXCLUSIONS RELATIVES A LA PLATEFORME MEDICALE

L'UTILISATEUR EST INFORME QUE LA PLATEFORME NE PERMET EN AUCUN CAS LE DIAGNOSTIC, LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET LE SUIVI DES SITUATIONS D'URGENCE. LE CAS ECHEANT, IL APPARTIENT A L'UTILISATEUR DE CONTACTER LES SERVICES D'URGENCE OU LE CENTRE 15 DE SON DEPARTEMENT.

LA PLATEFORME NE CONSTITUE PAS UN DISPOSITIF MEDICAL LOGICIEL. EN OUTRE, LE SERVICE DE TELECONSULTATION DELIVRE DANS LE CADRE DE LA PLATEFORME NE PEUT AVOIR POUR FINALITE DE REMPLACER LE MEDECIN TRAITANT DE L'UTILISATEUR ET EST PROPOSE UNIQUEMENT EN COMPLEMENT A LA PRISE EN CHARGE ET AU SUIVI EFFECTUES PAR LE MEDECIN TRAITANT OU LES AUTRES MEDECINS DE L'UTILISATEUR.

SONT EXCLUS :

- LES DEMANDES DE TELECONSULTATION AVEC UN MEDECIN AUTRE QU'UN MEDECIN GENERALISTE ;
- LES SUIVIS DE PATHOLOGIES CHRONIQUES, DE GROSSESSE, DES NOURRISSONS DE MOINS DE 12 MOIS ;
- LES DEMANDES DE SECOND AVIS MEDICAL.

LIMITES :

L'ACCES AU SERVICE DE TELECONSULTATION N'EST PAS DE DROIT : LE MEDECIN PEUT ESTIMER QU'IL N'EST PAS EN MESURE DE DELIVRER LE SERVICE DE TELECONSULTATION LORSQU'UN EXAMEN CLINIQUE AVEC PRESENCE PHYSIQUE DE L'UTILISATEUR OU DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES SONT NECESSAIRES. LE CAS ECHEANT, IL APPARTIENT A L'UTILISATEUR DE CONSULTER SON MEDECIN TRAITANT.

LES INFORMATIONS NE PEUVENT EN AUCUN CAS REMPLACER UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ET PERSONNALISEE PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTE. DANS LA MESURE DU POSSIBLE. L'UTILISATEUR DOIT TOUJOURS PRIVILEGIER LE RECOURS A SON MEDECIN TRAITANT.

EN TOUTES HYPOTHESES, NI L'ASSUREUR SANTE, NI EUROP ASSISTANCE SA, NE SAURAIT ETRE TENU RESPONSABLE DE L'INTERPRETATION OU DE L'UTILISATION DES INFORMATIONS DIFFUSEES PAR L'INTERMEDIAIRE DE LA PLATEFORME, NI DES CONSEQUENCES.

EXCLUSIONS RELATIVES AUX PRESCRIPTIONS MEDICALES

L'UTILISATEUR RECONNAIT ET ACCEPTE QU'AUCUNE PRESCRIPTION MEDICALE NE PEUT ETRE DELIVREE DANS LES CAS SUIVANTS :

- LA PRESCRIPTION LORSQUE L'UTILISATEUR SE SITUE EN DEHORS DU TERRITOIRE FRANÇAIS ;
- LA PRESCRIPTION POUR UN RENOUVELLEMENT DE TRAITEMENT (SAUF SI COMPATIBLE AVEC LE POINT SUIVANT) ;
- LA PRESCRIPTION DE TRAITEMENT SUPERIEUR A 7 JOURS ;
- LA PRESCRIPTION DE PREPARATION MAGISTRALES OU OFFICINALES ;
- LA PRESCRIPTION DE CERTIFICATS MEDICAUX ;
- LA PRESCRIPTION D'ARRET DE TRAVAIL ;
- LES PRESCRIPTIONS PARTICULIERES, PAR EXEMPLE :
 - MEDICAMENTS SOUMIS A PRESCRIPTION RESTREINTE ;
 - MEDICAMENTS SOUMIS A ACCORD PREALABLE ;
 - MEDICAMENTS D'EXCEPTION ;
 - PRESCRIPTIONS DE STUPEFIANTS.

Les conditions d'accès à la plateforme, de fourniture du service de téléconsultation, mais également les exclusions, sont décrites dans les Conditions Générales d'Utilisation du Service (ci-après désignées « CGUS »), disponibles sur le site Europ Assistance <https://cgu.europ-assistance.fr/generali/teleconsultation/>.

A tout moment, vous pouvez demander qu'un exemplaire papier des CGUS vous soit adressé par voie postale en écrivant à

Generali Gestion Santé
TSA 10006
75433 Paris Cedex 09

En acceptant les conditions générales et particulières du présent contrat, vous reconnaissez avoir préalablement pris connaissance et accepté les CGUS.

Pour accéder à la plateforme, vous devez accepter à nouveau les CGUS et consentir au traitement de vos données à caractère personnel, administratives et de santé, par EUROP ASSISTANCE SA.