

PREAMBULE

Une mutuelle, appelée Société Mutualiste des Etudiants de la Région Parisienne (SMEREP) est établie à Paris, au 28 rue Fortuny 75017 Paris. Elle est régie par le Code de la mutualité et est soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, elle est immatriculée auprès du secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité sous le numéro SIREN 775 684 780.

La SMEREP s'est rapprochée d'un courtier en assurance, appelé AIDASINISTRE, établi au 37 B Allée des Pins – 41 000 BLOIS, et inscrit à l'ORIAS sous le numéro 22 005 933, afin de permettre aux adhérents de ce dernier de pouvoir souscrire à la garantie « Schengen Health » objet du présent Règlement mutualiste.

NATURE ET OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

Article 1 : Objet

Conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

À l'égard des membres participants et de leurs ayants droits, le contrat est constitué par :

- le bulletin d'adhésion,
- les statuts,
- le présent règlement mutualiste.

Le règlement mutualiste s'applique sans préjudice des dispositions du Code de la Mutualité.

Les dispositions du règlement mutualiste peuvent être modifiées par le Conseil d'Administration de la Mutuelle dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Les modifications sont opposables aux membres participants et ayants droits dès qu'elles leur sont notifiées.

Les déclarations des membres participants et ayants droits servent de base au contrat, qui est incontestable dès son entrée en vigueur.

Article 2 : Gamme de garanties

La gamme se compose de (3) trois garanties mutualistes :

- la garantie SCHENGEN HEALTH 70 ;
- la garanties SCHENGEN HEALTH 90 ;
- la garanties SCHENGEN HEALTH Delta 90.

Les garantie SCHENGEN HEALTH sont destinées à garantir la prise en charge ou le remboursement des frais de santé occasionnés par une maladie inopinée ou par un accident, survenus lors d'un séjour en France.

Les garanties SCHENGEN HEALTH 70 et SCHENGEN HEALTH 90 interviennent au premier euro en l'absence de couverture par un régime d'Assurance Maladie français.

La garantie SCHENGEN HEALTH Delta 90 intervient en complément du régime d'Assurance Maladie français lorsque l'adhérent en devient bénéficiaire pendant la durée du contrat de la garantie SCHENGEN HEALTH 90.

ADHESION

Article 3 : Conditions d'adhésion

3.1. Conditions d'adhésion

Être habituellement résident à l'étranger et séjourner en situation régulière et temporaire sur le territoire français pour un séjour d'une durée maximale de douze (12) mois.

3.2. Modalités d'adhésion

Pour être pris en considération, la demande d'adhésion doit obligatoirement comporter :

- un bulletin d'adhésion dûment complété dans son intégralité, signé et daté,
- un paiement au bénéfice de la Mutuelle en espèces, par chèque, par carte bancaire, par virement pour la totalité du montant de l'adhésion ou, en cas de paiement fractionné, par un mandat de prélèvement SEPA sur un compte bancaire situé dans un pays de la zone SEPA,
- une copie de la carte d'identité ou du passeport,
- une copie du visa ou du titre de séjour sur le territoire français.

Article 4 – Garantie en complément d'un régime d'Assurance Maladie français

Si un adhérent de la garantie SCHENGEN HEALTH 90 venait à bénéficier d'un régime d'Assurance Maladie français et si et seulement si cet adhérent en fait la demande expresse à la Mutuelle, cette garantie devient la garantie SCHENGEN HEALTH Delta 90 qui intervient alors en complément des remboursements de Sécurité sociale. Les tarifs appliqués pour les mensualités restantes sont alors ceux mentionnés dans le tableau intitulé « Garantie SCHENGEN HEALTH Delta 90 ».

Article 5 - Zone géographique

Les garanties SCHENGEN HEALTH sont valables sur l'ensemble des 26 pays signataires de l'accord de Schengen.

En cas de séjour temporaire monde entier réalisé hors de France (article 9.3.1), les garanties SCHENGEN HEALTH 90 et SCHENGEN HEALTH Delta 90 s'étendent au monde entier à **l'exception des pays suivants : Afghanistan, Biélorussie, Burkina Faso, Burundi, République Centrafricaine, Corée du Nord, Djibouti, Éthiopie, France, Irak, Iran, Libéria, Libye, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Russie, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Syrie, Ukraine, Vénézuéla, Yémen.**

OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

Article 6 : Cotisations et frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement

6-1 : Cotisations

Pour bénéficier du tarif étudiant, les adhérents doivent être âgés de seize (16) ans à trente-cinq (35) ans, être habituellement résident à l'étranger, séjourner de façon régulière sur le territoire français et être lycéen ou étudiant ou assimilé en France ou être en cours d'inscription pour le devenir dans les trois (3) mois suivant la prise d'effet de la garantie.

Les cotisations sont les suivantes pour chaque garantie :

Garantie SCHENGEN HEALTH 70

	15 jours	1 mois	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois
Étudiants (16-35 ans)	26 €	41 €	93 €	186 €	279 €	372 €
19 ans et moins	31 €	41 €	93 €	186 €	279 €	372 €

20 ans à 35 ans	46 €	61 €	156 €	294 €	417 €	516 €
36 ans à 59 ans	46 €	61 €	156 €	294 €	417 €	516 €
60 ans et plus	61 €	81 €	207 €	390 €	552 €	684 €

Garantie SCHENGEN HEALTH 90

	15 jours	Par mois
Étudiants 16-35 ans	31 €	49 €
29 ans et moins	46 €	61 €
30 ans à 35 ans	71 €	96 €
36 ans à 49 ans	71 €	96 €
50 ans à 70 ans	109 €	146 €

Garantie SCHENGEN HEALTH Delta 90

Delta	15 jours	Par mois
Étudiants 16-35 ans	22 €	34,60 €
29 ans et moins	32,50 €	43 €
30 ans à 35 ans	50 €	67,50 €
36 ans à 49 ans	50 €	67,50 €
50 ans à 70 ans	76.60 €	102.50 €

6-2 : Paiement des cotisations

La cotisation est individuelle (aucun ayant-droit au contrat) et forfaitaire.

Le paiement de la cotisation au bénéfice de la Mutuelle intervient en espèces, par chèque, par carte bancaire, par virement pour la totalité du montant de l'adhésion ou, en cas de paiement fractionné, par un mandat de prélèvement SEPA sur un compte bancaire situé dans un pays de la zone SEPA.

Le paiement fractionné n'est possible que pour des garanties d'une durée supérieure ou égale à cinq (5) mois et pour une souscription au plus tard quinze (15) jours avant la date de prise d'effet des garanties. Les paiements fractionnés sont mensuels.

En cas de paiement fractionné, le nombre de prélèvements mensuels est égal au nombre de mois de couverture moins trois (3). En effet, la part de cotisation correspondant aux trois (3) derniers mois de couverture est réglée au comptant lors de la souscription.

Tout défaut de paiement total ou partiel d'une cotisation due ou d'une fraction due de celle-ci entraîne l'application immédiate de la procédure de résiliation.

6-3. Frais et modalités d'annulation et/ou de modification

Toute demande d'annulation, hors délai de rétractation (article 3) et jusqu'à la veille de prise d'effet, est acceptée moyennant le paiement à la mutuelle d'une indemnité de dédit égale à vingt (20) euros si elle lui est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par courriel. Aucune annulation n'est acceptée après la prise d'effet du contrat mutualiste.

Toute demande de modification concernant les éléments du contrat mutualiste initialement donnés lors de l'adhésion (adresse, pays de séjour, date de prise d'effet, etc.) génère, pour chaque modification, le paiement par l'adhérent d'une somme égale à dix (10) euros au titre des frais de modification. À compter de la date de prise d'effet, plus aucune demande de modification de celle-ci, ni de la durée du contrat mutualiste n'est acceptée.

Article 7 : Renonciation

En application des dispositions légales, le membre participant peut renoncer à sa demande d'adhésion. Le membre participant dispose à cet effet d'un délai de quatorze jours, à compter de la date de souscription pour exercer son droit et obtenir la restitution intégrale des cotisations versées, déduction faite des éventuelles prestations payées pendant cette période ou restitution de celles-ci pour le surplus.

Pour l'exercice de ce droit de renonciation, le membre participant doit :

- Soit adresser à la Mutuelle, une lettre de renonciation à l'adresse suivante : UMGP – Service Adhésions – CS 70028 – 13272 MARSEILLE CEDEX 08 ;
- Soit utiliser le formulaire de contact disponible sur le site www.umgp.fr/contact

Article 8 - Prise d'effet, durée, résiliation

8.1. Prise d'effet

Pour autant que la demande soit complète et acceptée par la Mutuelle, l'adhésion prend effet à la date de prise d'effet telle que mentionnée sur le bulletin d'adhésion à 00 heure.

Les garanties de la Mutuelle sont acquises à l'assuré après expiration d'un délai de carence de dix (10) jours à compter de la souscription du contrat d'assurance santé (aucun délai de carence en cas d'accident).

8.2. Durée

L'adhésion est souscrite pour une durée ferme et indiquée sur le bulletin d'adhésion. Ladite durée ne peut faire l'objet d'aucune interruption.

Cette durée peut être de quinze (15) jours au minimum et de douze (12) mois consécutifs au maximum. Les garanties cessent soit au dernier jour de la période d'adhésion indiquée sur le bulletin d'adhésion, soit à la date de résiliation en cas de défaut de paiement ou en cas de faute dans l'exécution du contrat, soit à la date du rapatriement dans le pays d'origine ou de départ définitif de France en cas de départ anticipé.

Si un évènement quel qu'il soit intervient pendant un retour temporaire monde entier réalisé hors de France (article 9.3.1) rendant impossible la reprise du séjour en France, le jour de départ de France de l'assuré est considéré comme étant la date de départ définitif.

6.3. Résiliation

En cas de défaut de paiement, il est fait application de l'article L.221-7 du Code de la mutualité ci-après rappelé : « Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle ou l'union de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que

trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une ou des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle ou l'union a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours, prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle ou à l'union la cotisation arriérée ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celle venue à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement ».

En cas de défaut de paiement de tout ou partie de la cotisation, les frais de recouvrement et de procédure dont le montant s'élève à deux-cents (200) euros sont à la charge de l'adhérent.

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Article 9 : Prestations

9.1. Principes généraux

Le contrat mutualiste garantit le remboursement ou la prise en charge des frais de santé ci-après indiqués, étant rappelé que le contrat est individuel et qu'il ne couvre que l'adhérent indiqué comme tel sur le bulletin d'adhésion.

Les garanties ne s'étendent ni ne bénéficient à aucun ayant droit de l'adhérent.

Pour donner lieu à remboursement, les actes médicaux doivent obligatoirement avoir été prescrits par une autorité médicale titulaire des diplômes ou autorisations requis dans le pays où elle exerce et où elle est légalement habilitée à la pratique de son art.

En cas de séjour temporaire monde entier réalisé hors de France et dans l'hypothèse où une maladie inopinée ou un accident grave nécessitent des soins importants et lourds, l'assuré doit, à la demande de la Mutuelle, accepter d'écourter son séjour à l'étranger et donc accepter son rapatriement en France pour y être soigné. À défaut d'acceptation par l'assuré, la Mutuelle est en droit de refuser toute prise en charge et tout remboursement de soins. Aucun frais de santé engagé suite à la fin du contrat mutualiste ne donne lieu à remboursement.

Les frais de santé intervenus dans les quinze (15) jours suivant la date de fin du contrat mutualiste donnent toutefois lieu à remboursement si et seulement si la maladie inopinée ou l'accident qui est à l'origine de ces frais de santé est intervenu pendant la durée dudit contrat et si l'assuré ne peut être rapatrié dans son pays d'origine, qu'il accepte ou non son rapatriement.

9.2. Risques couverts et risques exclus

9.2.1 Risques couverts

Les frais médicaux et d'hospitalisation ne sont pris en charge que s'ils sont :

- consécutifs à un accident,
- consécutifs à une maladie inopinée nécessitant une intervention médicale ou chirurgicale ne pouvant pas attendre le retour ou le rapatriement dans le pays d'origine.

Par « maladie inopinée », il faut entendre toute altération de la santé médicalement constatée, soudaine et imprévisible.

Par « accident », il faut entendre toute atteinte corporelle non-intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont donc pas des accidents au sens du présent contrat mutualiste les événements totalement ou partiellement provoqués par une maladie (cause pathologique).

9.2.2. Risques exclus

Sont toujours exclues, les dépenses de santé qui ont pour origine directe ou indirecte les causes suivantes :

- la guerre civile ou étrangère, l'invasion, l'insurrection,
- la révolution, l'usurpation du pouvoir, le terrorisme etc. ; le contact ou la contamination par des substances dites nucléaires, biologiques ou chimiques, l'explosion d'engins et les effets nucléaires radioactifs ;
- les cataclysmes naturels, les épidémies et tous les cas de force majeure ;
- la participation de l'adhérent à des rixes, à des paris de toute nature, à des actes pénalement répréhensibles, à des manifestations ou à des événements non autorisés ;
- l'absorption par l'adhérent de drogues ou de substances analogues, de médicaments ou de traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée ;
- l'état de grossesse, les blessures ou les maladies préexistantes ou qui sont le fait volontaire de l'adhérent et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilations volontaires ;
- les maladies préexistantes, les conditions de santé préexistantes et leurs conséquences (sont préexistantes les blessures, maladies ou conditions de santé qui sont intervenues et/ou diagnostiquées et/ou traitées avant la souscription par l'adhérent au présent contrat) ;
- l'état alcoolique de l'adhérent, caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool égal ou supérieur à celui fixé par la loi française concernant la circulation automobile ;
- la pratique par l'adhérent d'un sport à titre professionnel ;
- la participation de l'adhérent à une course ou à une compétition nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien ou aquatique à moteur ;
- la pratique par l'adhérent de tous les sports aériens et des sports dits dangereux et notamment : escalade, alpinisme, spéléologie, plongée sous-marine avec appareils autonomes, bull-riding, rugby, randonnée en haute montagne, hurling, ski hors-piste, hockey, tout sport de combat, etc. ;
- l'utilisation d'armes à feu par l'adhérent.

9.3. Prestations garanties et prestations exclues

9.3.1. Prestations garanties

Tous les frais ou actes de santé ci-après indiqués et qui sont consécutifs à l'un des risques couverts (article 9.2.1 du présent règlement) :

- Médecine hospitalière :
 - consultations généralistes et spécialistes (hors celles des dentistes et des ophtalmologistes) ;
 - frais de séjour et forfait hospitalier ;
 - actes de chirurgie, actes d'anesthésie et de réanimation ;
 - frais éventuels de salle d'opération ;
 - actes d'auxiliaires médicaux ;
 - actes d'analyses médicales et travaux de laboratoire ;
 - actes d'imagerie médicale (radiographie, échographie, IRM etc.) ;
 - frais pharmaceutiques ;
 - frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ;
 - frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation dans le cadre du présent contrat.

- Médecine courante hors hospitalisation :
 - consultations, visites généralistes et spécialistes (hors celles des dentistes et des ophtalmologistes) ;
 - actes de petite chirurgie et actes de spécialiste ;
 - actes d'auxiliaires médicaux ;
 - actes d'analyses médicales et travaux de laboratoire ;
 - actes d'imagerie médicale (radiographie, échographie, IRM etc.) ;
 - médicaments sur prescription médicale.

- Frais dentaires occasionnés par accident ou une urgence dentaire non consécutifs à un mauvais état préalable de la dentition ou des gencives :
 - consultations, visites des dentistes ;
 - soins dentaires (hors prothèses et implants dentaires). Par « urgence dentaire », il faut entendre toute atteinte infectieuse des racines dont l'absence de traitement sous quarante-huit (48) heures est susceptible d'entraîner des complications.

- Frais ophtalmologiques occasionnés par un accident (traumatisme oculaire) ou par une urgence ophtalmologique non consécutifs à une pathologie préexistante, à un traitement de troubles de la vue ou au port d'un appareillage optique :
 - consultations, visites des ophtalmologistes ;
 - soins ophtalmologiques (hors prothèses, implants, appareillages optiques et chirurgie laser).

Par « urgence ophtalmologique », il faut entendre toute atteinte oculaire dont l'absence de traitement sous quarante-huit (48) heures est susceptible d'entraîner des complications et d'engager le pronostic fonctionnel et/ou visuel.

- Frais de santé engagés lors d'un séjour temporaire monde entier (prise en charge incluse uniquement dans les garanties SCHENGEN HEALTH 90 et SCHENGEN HEALTH Delta 90) d'une durée supérieure ou égale à deux (2) mois :
 - médecine hospitalière ;

- médecine courante hors hospitalisation ;
- urgence dentaire ;
- urgence ophtalmologique.

Par « séjour temporaire monde entier », il faut entendre tout séjour effectué hors du territoire français quinze (15) jours minimum après la date de prise d'effet du contrat, après une présence effective sur le territoire français d'une durée minimale de quinze (15) jours et :

- d'une durée consécutive maximale de quinze (15) jours pour les contrats d'une durée supérieure ou égale à deux (2) mois et inférieure à six (6) mois,
- d'une durée consécutive maximale de trente (30) jours pour les contrats d'une durée supérieure ou égale à six (6) mois.

Aucun frais de santé engagé lors d'un séjour temporaire monde entier n'est garanti pour les contrats d'une durée inférieure à deux (2) mois.

Taux et plafonds de garantie* :

Garantie SCHENGEN HEALTH 70

	Taux de remboursement	Plafonds de garantie
Médecine hospitalière (avec prise en charge COVID-19)	70 % des frais réels	30 000 €
Médecine courante hors hospitalisation (avec prise en charge COVID-19)		
Frais dentaires d'urgence		150 €
Frais ophtalmologiques d'urgence		

Séjour temporaire **monde entier** Garantie non incluse

Garanties SCHENGEN HEALTH 90 et SCHENGEN HEALTH Delta 90

	Taux de remboursement	Plafonds de garantie
Médecine hospitalière (avec prise en charge COVID-19)	100 % des frais réels	80 000 €
Médecine courante hors hospitalisation (avec prise en charge COVID-19)	90 % des frais réels	
Frais dentaires d'urgence		150 €
Frais ophtalmologiques d'urgence		
Séjour temporaire monde entier **		30 000 €

* dans la limite des frais engagés par l'adhérent

** uniquement pour les contrats d'une durée supérieure ou égale à 2 mois

9.3.2. Prestations exclues

Sont toujours exclus les actes et soins de santé suivants :

- les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux français (CCAM) ainsi que les actes non pris en charge ou ne faisant l'objet d'aucun tarif dans cette Classification;
- les soins médicaux non prescrits par une autorité médicale titulaire des diplômes ou autorisations requis dans le pays où elle exerce et où elle est légalement habilitée à la pratique de son art, ou ceux inutiles du strict point de vue médical ;
- les actes et les soins prodigués qui sont pratiqués gratuitement en l'absence du présent contrat mutualiste ;
- les actes de contraception et d'interruption volontaire de grossesse ;
- les interventions médicales ou chirurgicales, réparatrices ou esthétiques (ou assimilables), de toute origine et de toute nature ;
- les check-up, dépistages et bilans préventifs non motivés par l'un des risques couverts ;
- les actes ou traitements expérimentaux ; les cures thermales, de thalassothérapie et/ou de désintoxication ;
- les traitements de lutte contre l'obésité, l'amaigrissement et le vieillissement ;
- les traitements ou soins dentaires courants ou qui sont la conséquence d'un mauvais état préalable de la dentition ou des gencives ;
- les traitements ou soins ophtalmologiques courants ou qui sont la conséquence d'une pathologie préexistante, d'un traitement de trouble de la vue ou du port d'un appareillage optique.

Sont toujours exclus les frais médicaux consécutifs :

- à l'insuffisance rénale,
- au diabète et à ses complications,
- aux maladies nerveuses et mentales,
- à l'épilepsie,
- aux ruptures d'anévrisme artériel ou de malformations artério-veineuses et aux infarctus du myocarde,
- à l'alcoolisme et à la dépendance de l'adhérent à la consommation de toute drogue ou substance considérées comme toxiques aux doses ingérées, à leur prise en charge ainsi qu'à toutes conséquences neurologiques et psychiatriques,
- aux accidents vasculaires cérébraux hémorragiques ou ischémiques et leurs conséquences,
- aux dorsalgies, lombalgies, lombosciatiques, hernies discales intervertébrales et à toute maladie chronique du rachis cervico-dorso-lombosacré,
- aux hernies crurales, scrotales, inguinales, de la ligne blanche et ombilicales ainsi qu'à toute lésion chronique de la paroi abdominale.

Sont toujours exclus :

- les prothèses, orthèses (auditives, dentaires, oculaires, plantaires, de membres, etc.) et ortho-prothèses,
- les appareillages dentaires (appareil dentaire orthopédiques, orthodontique, extra-oral, élastiques, gouttières, attelles, etc.) et ophtalmologique (lunettes, lentilles de contact

cornéennes, intraoculaires, etc.), les appareillages tel que fauteuil roulant, béquilles, canne, déambulateur, lit médicalisé, etc.),

- le matériel de contention,
- les produits non médicamenteux d'usage courant tels que : coton hydrophile, alcool, crème solaire, dentifrice, pansements, savon, parfum, shampooing etc.,
- les frais annexes tels que le téléphone, la télévision en cas d'hospitalisation,
- les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en maison de repos et/ou de convalescence, sauf lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation de plus de trente (30) jours ou une intervention chirurgicale lourde. En toute hypothèse, les frais d'hébergement ou de traitement sont limités à trente (30) jours,
- les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de réadaptation ou de rééducation professionnelle (ou établissement assimilé),
- les frais liés à l'assistance d'une personne dans ses activités quotidiennes, même si cette personne est déclarée en état d'invalidité temporaire ou permanente et, plus généralement, les frais relatifs à des soins de confort même s'ils sont prescrits par un médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical, les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins, les frais médicaux jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils sont engagés.

Article 10 : Modalité de mise en œuvre de la garantie

10.1. Entente préalable

Suite à un accident ou à une maladie inopinée garantis dont le traitement nécessite des actes ou des soins en série et en l'absence de prise en charge (article 10.3), l'assuré doit demander une entente préalable à la Mutuelle dans les mêmes conditions que la déclaration circonstanciée de sinistre.

La demande d'entente préalable mentionne les éléments suivants :

- les informations relatives aux médecins référents et, le cas échéant, les informations relatives à l'établissement de santé ;
- les types de soins, d'actes ou de traitements envisagés et les dates d'intervention ;
- le montant global estimé.

À défaut d'acceptation de l'entente préalable par la Mutuelle dans un délai de dix (10) jours, cette dernière est réputée refusée.

La demande d'entente préalable permet de vérifier a priori la recevabilité des remboursements de soins programmés par la Mutuelle par rapport aux garanties et aux exclusions. L'accord donné suite à une demande d'entente préalable ne constitue qu'une présomption simple de recevabilité par rapport aux informations donnés et non un engagement de remboursement qui ne peut être donné qu'après réception de toutes les pièces justificatives.

L'équipe médicale de la Mutuelle peut contacter les médecins traitants et prendre les décisions les plus adaptées à l'état de santé de l'assuré en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales. Si l'équipe médicale de la Mutuelle recommande un rapatriement ou une évacuation vers une structure médicale, ou un parcours de soins particulier, elle le fait en fonction des seuls impératifs médicaux retenus et dans le respect le plus strict des règles déontologiques. Le choix du parcours de soins, du rapatriement, du lieu d'hospitalisation, de la date et des moyens utilisés relèvent exclusivement de la

décision de l'équipe médicale de la Mutuelle. L'adhérent s'engage à accepter tout changement de centre hospitalier préconisé par les services de la Mutuelle.

TOUT REFUS DE LA SOLUTION PROPOSÉE PAR L'ÉQUIPE MÉDICALE MUTUELLE ENTRAÎNE LA NON PRISE EN CHARGE DU SINISTRE.

En cas d'absence de demande d'entente préalable ou de refus d'entente préalable, aucune demande de remboursement n'est acceptée par la Mutuelle. Si toutefois les pièces justificatives font apparaître l'impérieuse nécessité des soins pour l'assuré, le strict respect des usages médicaux et le fait que l'absence d'accord préalable n'a aucunement été préjudiciable à la Mutuelle, le remboursement est accordé aux taux suivants* :

Garantie SCHENGEN HEALTH 70		Taux hors entente préalable en cas d'accident ou de maladie nécessitant des actes médicaux en série
	Taux normal	
Médecine hospitalière	70 % des frais réels	50 % des frais réels
Médecine courante hors hospitalisation	70 % des frais réels	50 % des frais réels
Frais dentaires	70 % des frais réels	50 % des frais réels
Frais ophtalmologiques	70 % des frais réels	50 % des frais réels
Garanties SCHENGEN HEALTH 90 et SCHENGEN HEALTH Delta 90		Taux hors entente préalable en cas d'accident ou de maladie nécessitant des actes médicaux en série
	Taux normal	
Médecine hospitalière	100 % des frais réels	50 % des frais réels
Médecine courante hors hospitalisation	90 % des frais réels	50 % des frais réels
Frais dentaires	90 % des frais réels	50 % des frais réels
Frais ophtalmologiques	90 % des frais réels	50 % des frais réels

* dans la limite des frais engagés par l'adhérent

10.2. Déclaration de sinistre

Suite à un accident ou à une maladie inopinée garantis dont le traitement nécessite des actes ou des soins en série et en l'absence de prise en charge (article 10.3), l'assuré doit transmettre une déclaration circonstanciée de sinistre à la Mutuelle dans un délai de cinq (5) jours.

Le délai de cinq (5) jours commence à courir le jour de l'accident ou le jour de la première consultation médicale donnant lieu à prescription des actes en série.

En cas d'impossibilité pour l'assuré de déclarer son sinistre en raison d'une extrême urgence ou de son état médical, le délai commence à courir dès que l'assuré est en capacité de déclarer son sinistre.

L'adhérent peut déclarer son sinistre directement par téléphone, par l'intermédiaire du formulaire en ligne sur le site de la Mutuelle qu'il peut télécharger, par courrier ou par courriel. Un numéro de sinistre est communiqué à l'adhérent dès l'enregistrement de la déclaration par la Mutuelle. La déclaration circonstanciée mentionne les éléments suivants :

- le numéro de contrat ou le nom, le prénom et la date de naissance de l'adhérent ;
- un numéro de téléphone et une adresse courriel permettant de joindre l'adhérent ;
- la nature, les circonstances, la date et le lieu de survenance de l'accident ou de la maladie inopinée ;
- en cas d'accident, le nom et l'adresse de l'auteur responsable et des témoins éventuels en indiquant si un procès-verbal a été établi par les autorités.

10.3. Prise en charge

En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à vingt-quatre (24) heures et si l'assuré en fait la demande, la Mutuelle prend directement en charge les frais d'hospitalisation dans la limite du tableau de garanties (article 9.3.1).

La demande de prise en charge doit être réalisée par courrier à l'adresse UMGP - Service Adhésions / Réclamations – CS70010 – 13272 MARSEILLE CEDEX 08.

La demande de prise en charge vaut déclaration de sinistre et demande d'entente préalable pour les hospitalisations de plus de vingt-quatre (24) heures.

10.4. Remboursement

Dans tous les cas, y compris en cas de prise en charge, l'assuré s'engage à transmettre un dossier de remboursement complet à la Mutuelle dans les plus brefs délais et au plus tard un (1) mois après la fin de son contrat.

Dans l'hypothèse où l'adhérent n'est pas bénéficiaire d'un régime d'Assurance Maladie français, la demande de remboursement est immédiatement transmise à la Mutuelle pour un remboursement au premier euro.

Dans l'hypothèse où l'adhérent est bénéficiaire d'un régime d'Assurance Maladie français, la demande de remboursement est transmise à la Mutuelle après intervention du régime d'Assurance Maladie pour un remboursement complémentaire des frais de santé.

10.5. Pièces justificatives à fournir

Le dossier de demande de remboursement doit contenir :

- le formulaire de demande de remboursement dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale),

- l'original des factures de soins pour les adhérents des garanties SCHENGEN HEALTH 70 et SCHENGEN HEALTH 90,
- les décomptes de remboursement de la Sécurité sociale pour les adhérents de la garantie SCHENGEN HEALTH Delta 90, en cas d'hospitalisation, le compte rendu de ladite hospitalisation.

Article 11 : Prescription du droit aux remboursements

Le droit aux remboursements des prestations mutualistes se prescrit à compter de la date du début des soins jusqu'au terme d'une période de deux ans.

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 12 : Fonds d'entraide mutualiste

Définition

Dans le cadre de son action sociale et de solidarité, la Mutuelle peut accorder des allocations exceptionnelles à ses membres participants ainsi qu'à leurs ayants droit lorsque leur situation le justifie.

Les bénéficiaires

- les membres participants de la Mutuelle ;
- leurs ayants droit.

Ces qualités s'apprécient à la date retenue pour l'examen du droit aux prestations.

Domaines d'intervention

- aider les membres participants subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leurs cotisations du régime complémentaire maladie ;
- permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que le membre participant de la Mutuelle se trouve dans une situation exceptionnelle et d'une particulière gravité.

Modalités d'attribution du fonds

Toute personne souhaitant être bénéficiaire d'une allocation au titre des fonds d'entraide soumet au Conseil d'Administration de la Mutuelle une demande motivée et étayée par des pièces justificatives.

C'est au Conseil d'Administration en premier et en dernier ressort qu'il appartient d'étudier les demandes qui lui sont soumises soit pour les accepter, soit pour les rejeter, et ce totalement ou partiellement.

Constitution des fonds

La constitution des fonds est assurée par une dotation votée annuellement par l'Assemblée Générale.

Article 13 - Subrogations légales et conventionnelles

13.1. Subrogation légale fondée sur l'article L.224-9 du Code de la mutualité

La mutuelle est subrogée, en ce qui concerne les frais de santé et à concurrence des sommes qu'elle a versées, dans les droits et actions de l'adhérent contre tout tiers responsable du sinistre qui est à l'origine de l'engagement des frais de santé et cela dans les conditions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité.

13.2. Subrogation conventionnelle fondée sur les articles 1346 et suivants du Code civil

Dans l'hypothèse où l'adhérent bénéficie d'un régime d'Assurance Maladie français durant son séjour et si l'adhérent n'active pas l'option complémentaire santé, l'adhérent subroge dans tous ses droits et dès à présent la mutuelle auprès de cet organisme d'assurance maladie afin que la mutuelle puisse réclamer audit organisme les sommes que ce dernier a été amené à verser à l'adhérent si celui-ci a sollicité, auprès de cet organisme, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés par l'adhérent lors de son séjour dans l'espace Schengen.

Bien évidemment, l'adhérent s'interdit de solliciter le remboursement de tout ou partie des mêmes frais de santé, qu'il a été amené à engager lors de son séjour à l'étranger et pour lesquels il a souscrit le présent contrat mutualiste, simultanément auprès de cet organisme d'assurance maladie et auprès de la mutuelle.

13.3. Documents à transmettre à la mutuelle dans le cadre de la subrogation légale ou conventionnelle

Sauf si l'adhérent a utilisé sa Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) ou si le Centre National des Soins à l'Étranger (CNSE) est déjà intervenu pour que soit pris en charge tout ou partie des frais de santé exposés par l'adhérent lors de son séjour à l'étranger, l'adhérent doit, dans l'hypothèse où il a perçu des remboursements de frais de santé intervenus lors d'un séjour temporaire hors du territoire français et s'il est bénéficiaire d'un régime d'Assurance Maladie français, transmettre la Mutuelle dans le mois qui suit son retour de l'étranger les documents suivants :

- le formulaire de demande de remboursement dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
- la dernière attestation de droit auprès d'un organisme d'assurance maladie ;
- l'acte de subrogation dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
- le formulaire Cerfa n° 1226-7*03 intitulé « Soins reçus à l'étranger » dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
- la photocopie du passeport de l'adhérent ;
- l'avis d'imposition de l'adhérent ou du foyer fiscal au sein duquel il est rattaché, avec attestation d'hébergement ;
- l'original des factures de soins réalisés à l'étranger ;
- en cas d'hospitalisation, le compte rendu de ladite hospitalisation.

13.4. Défaillance

Dans l'hypothèse où l'adhérent n'a pas transmis à la mutuelle tous les documents requis pour permettre à la subrogation légale ou conventionnelle d'être mise en place et de jouer, ou n'a pas effectué les démarches requises auprès de l'assurance maladie susceptible de le prendre en charge, et après une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par email restée infructueuse pendant plus de quinze jours, la mutuelle peut alors demander à l'adhérent de rembourser tout ou partie des sommes qui lui ont été versées par la Mutuelle pour les frais de santé pris en charge ou remboursés et pour lesquels la subrogation légale ou conventionnelle ne peut ni être mise en place, ni jouer du fait de l'adhérent.

Article 14 : Traitement des réclamations - Médiation - Autorité de Contrôle

Sur les réclamations

Pour toutes les réclamations concernant une garantie SCHENGEN HEALTH (commercialisation, contrat, règlement mutualiste, remboursement, ...) trois moyens de contact sont à la disposition de l'adhérent :

- par courrier à l'adresse suivante : UMGP – CS 70010 – 13272 MARSEILLE CEDEX 08 ;
- par email : via notre formulaire de contact disponible à l'adresse <https://www.umgp.fr/contact>.

La mutuelle s'engage à accuser réception de la réclamation sous sept (7) jours puis une réponse est adressée le plus rapidement possible, dès transmission de votre part de la totalité des pièces nécessaires à l'instruction et au traitement de la réclamation, et ce sous un délai maximum d'un (1) mois.

Sur la médiation

La médiation est un mode de règlement des litiges, hors des voies judiciaires et contentieuses, privilégiant la recherche d'une entente entre les parties.

Elle permet par l'intervention d'un tiers indépendant et impartial, le médiateur, de résoudre le différend grâce à un processus amiable et confidentiel. Le médiateur ne peut être saisi par le membre participant ou par la Mutuelle, sous peine d'irrecevabilité, qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à la Mutuelle et ce dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation que le membre participant a adressé à la Mutuelle.

Le médiateur intervient dans le cadre des offres de complémentaire santé uniquement.

Les modalités de saisine du médiateur sont les suivantes. Toute demande de médiation doit être formulée soit :

- par écrit, à l'adresse suivante : Médiateur de la FNIM – 4, Avenue de l'Opéra – 75001 Paris ;
- par email : mediateur@fnim.fr.

Pour consulter la charte de médiation : www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html

Sur l'autorité de contrôle

En application de l'article L 510-1 du Code de la mutualité le contrôle de l'Etat sur les mutuelles, unions et fédérations régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Pour joindre cette Autorité Administrative Indépendante (AAI) :

- adresser un courrier à l'adresse suivante : Banque de France, demande ACPR TSA 50120 - 75035 PARIS CEDEX 01 ;
- téléphoner au 34 14 (prix d'un appel local) ;
- se rendre sur son site internet : www.abe-infoservice.fr.

Article 15 : Protection des données personnelles

Le traitement des informations personnelles recueillies par la Mutuelle est effectué sous la responsabilité de cette dernière et exclusivement aux fins de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet et en conformité avec les dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016.

Les données personnelles détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

Aucune donnée personnelle traitée ou détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

La mutuelle a mis en place des mesures de sécurité techniques, physiques et administratives afin d'assurer la confidentialité des données personnelles traitées ou détenues.

Les données personnelles des membres participants sont conservées pendant la durée de leur adhésion à la mutuelle et pendant la durée du délai de prescription tel que visé à l'article L.221-11 du code de la mutualité.

Tout membre de la mutuelle ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité (lorsqu'il s'applique) et d'opposition à toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle. Il peut exercer ces droits en s'adressant au service DPO de la Mutuelle à l'adresse dpo@umgp.fr.

Article 16 : Droit applicable - langue des échanges entre la Mutuelle et les membres participants

Le présent règlement mutualiste, ainsi que l'ensemble des droits et obligations en découlant, sont régis par le droit français.

La langue officielle des échanges, tant écrits que verbaux, entre les membres participants et la Mutuelle est le français.

**NOTICES D'INFORMATIONS RELATIVES AUX GARANTIES PROPOSEES PAR LA SMEREP
ET SOUSCRITES AUPRES DE TIERS ASSUREURS****CONTRAT D'ASSISTANCE AUX PERSONNES**

Dispositions générales du contrat collectif à adhésion facultative dénommé « SANTE ETUDIANTS - SANTE ACTIFS ETRANGERS » N° 58 225 158 (ci-après « le Contrat ») souscrit par l'**UMGP**, union de mutuelles soumises aux dispositions du livre II du code de la mutualité, dont le siège social est situé 28, rue Fortuny, 75017 PARIS, immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro SIREN 316 730 662 (ci-après UMGP),

- en vue de l'adhésion des Assurés désignés ci-après,
- auprès d'**EUROP ASSISTANCE**, Société Anonyme au capital de 46 926 941 euros, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, dont le siège social se situe 1 promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS, en qualité d'Assureur,

par l'intermédiaire de SUD COURTAGE ET CONSEIL, Société à Responsabilité Limitée au capital de 7 622,45 euros, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Marseille sous le numéro 395214646, et immatriculée au registre unique des intermédiaires (www.orias.fr) sous le numéro 07030727 dont le siège social se situe 432 Boulevard Michelet 13009 MARSEILLE, en qualité de courtier (ci-après le « Courtier »).

Ces Dispositions générales ont pour objet de définir les conditions et limites d'application des garanties d'assurance et d'assistance décrites ci-après, ainsi que les droits et obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Assurés.

TABLEAUX DES MONTANTS DE GARANTIES EN INCLUSION

PRESTATIONS D'ASSISTANCE	Montants TTC*/personne
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE - Transport / Rapatriement - Présence hospitalisation - Retour anticipé en cas d'hospitalisation d'un membre de la famille	Frais réels Billet AR et 80 € / nuit (max 5 nuits) Billet AR
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTANCE EN CAS DE DECES - Transport de corps - Frais de cercueil ou d'urne - Reconnaissance de corps et formalités décès - Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille	Frais réels 1 500 € Billet AR et 80 € / nuit (max 2 nuits) Billet AR
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTANCE VOYAGE Avant le voyage - Information Voyage Pendant le voyage - Avance de la caution pénale à l'étranger - Prise en charge des honoraires d'avocat à l'étranger - Assistance en cas de vol, perte ou destruction des documents d'identité ou des moyens de paiement - Informations santé - Information pratiques - Soutien psychologique	10 000 € 3 000 € Avance de fonds 1 000 € 2 entretiens téléphoniques

* taux applicable selon la législation en vigueur

GARANTIES	DATE D'EFFET	EXPIRATION DES GARANTIES
ASSISTANCE	Le jour de l'arrivée en France pour le Séjour	Le jour du départ de l'Espace Schengen

Les garanties ci-dessus sont applicables uniquement pendant la durée de votre Séjour en France et dans les pays de l'Espace Schengen mentionnée dans le Bulletin d'adhésion au Contrat santé souscrit auprès de la l'UMGP, avec un maximum de douze (12) mois consécutifs à compter de la date de départ du Domicile.

QUELQUES CONSEILS
AVANT DE PARTIR A L'ETRANGER

Si vous êtes sous traitement, n'oubliez pas d'emporter vos médicaments et renseignez-vous sur les conditions de transport de ceux-ci en fonction de vos moyens de transport et de votre destination.

Dans la mesure où nous ne pouvons pas nous substituer aux secours d'urgence, nous vous conseillons, particulièrement si vous pratiquez une activité physique ou motrice à risque, ou si vous vous déplacez dans une zone isolée, de vous assurer au préalable qu'un dispositif de secours d'urgence a été mis en place par les autorités compétentes du pays concerné pour répondre à une éventuelle demande de secours.

De même, en cas de perte ou de vol de vos papiers d'identité ou de vos moyens de paiement, il est plus aisé de reconstituer ces documents si vous avez pris la peine d'en faire des photocopies et de noter les numéros de votre passeport, carte d'identité et carte bancaire, que vous conserverez séparément.

SUR PLACE

Si vous êtes malade ou blessé(e), contactez-nous dans les plus brefs délais, après avoir pris soin de faire appel aux secours d'urgence (SAMU, pompiers, etc.) auxquels nous ne pouvons pas nous substituer.

ATTENTION

Certaines pathologies peuvent constituer une limite aux conditions d'application du contrat. Nous vous conseillons de lire attentivement les Dispositions Générales du contrat.

I. GENERALITES

1. OBJET DU CONTRAT

Les présentes Dispositions Générales des produits SANTE ETUDIANTS - SANTE ACTIFS ETRANGERS (WORLD PASS SCHENGEN 70, 90 et Delta 90) n° 58 225 158, conclus entre EUROP ASSISTANCE, Entreprise régie par le Code des Assurances, et l'UMGP ont pour objet de préciser les droits et obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Assurés définis ci-dessous. Les présentes Dispositions Générales sont régies par le Code des Assurances.

2. DEFINITIONS

Au sens des présentes Dispositions Générales, les mots ci-après, qu'ils soient au singulier ou au pluriel et dans la mesure où leur première lettre est en majuscule, sont définis comme suit :

A. DEFINITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES D'ASSURANCE ET DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Au sens du présent contrat, on entend par :

Accident (de la personne)

Un événement soudain et fortuit atteignant l'Assuré, non intentionnel de la part de ce dernier, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Assuré/Adhérent

Est considérée comme Assuré toute personne physique ayant son Domicile à l'Etranger, séjournant en situation régulière et temporaire en France pour y suivre ses études, effectuer un stage d'étude ou une mission d'étude, participer à un séjour linguistique ou pour passer des vacances et ayant souscrit un contrat d'assurance santé de la gamme SANTE ETUDIANTS ou SANTE ACTIFS ETRANGERS (Word Pass Schengen 70, 90 ou Delta 90).

Assisteur

Les prestations d'assistance sont garanties et mises en œuvre par EUROP ASSISTANCE, Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 46 926 941 €, immatriculée au RCS de Nanterre au n° 451 366 405 dont le siège social se situe 1, promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers. Dans les présentes, EUROP ASSISTANCE est remplacée par le terme « nous ».

Attentat

Tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel l'Assuré voyage, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur, et faisant l'objet d'une médiatisation.

L'Attentat devra être recensé par le Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères.

Catastrophe naturelle

Phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays de survenance.

Délai de carence

Suite à l'adhésion au contrat SANTE ETUDIANTS – SANTE ACTIFS ETRANGERS, un délai de carence de dix (10) jours doit être respecté et aucune assistance ou indemnisation ne pourra être accordée en cas de Maladie survenant au cours de cette période.

Domicile

Est considéré comme Domicile le lieu principal et habituel d'habitation de l'Assuré figurant comme domicile sur son avis d'imposition sur le revenu ou celui du foyer fiscal auquel l'Assuré est rattaché. Il est situé à l'Etranger et son adresse figure dans le Bulletin d'adhésion au contrat d'assurance SANTE ETUDIANTS – SANTE ACTIFS ETRANGERS (WORLD PASS SCHENGEN 70, 90 ou Delta 90).

Espace Schengen

Désigne tous les Pays ayant aboli les contrôles aux frontières nationales entre eux au titre de l'Accord Schengen au moment de la souscription du contrat SANTE ETUDIANTS – SANTE ACTIFS ETRANGERS et auxquels l'Assuré peut, en conséquence, accéder via un visa Schengen :

Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Slovaquie, Slovénie, Suède et Suisse.

Étranger

Le terme « Etranger » signifie le monde entier à l'**exception du pays de Domicile de l'Assuré, des pays de l'Espace Schengen et des pays exclus.**

Événement

Toute situation prévue et garantie par les présentes Dispositions Générales à l'origine d'une demande d'intervention auprès de l'Assisteur.

France

Le terme France signifie la France métropolitaine.

Franchise

Partie du montant des frais restant à la charge de l'Assuré.

Hospitalisation

Toute admission d'un Assuré justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique) prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à un Accident et comportant au moins une nuit sur place.

Maladie

Etat pathologique de l'Assuré dûment constaté par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

Membre de la famille

Par Membre de la famille, on entend le conjoint, le pacsé ou le concubin notoire vivant sous le même toit, l'(les) enfant(s) légitime(s), naturel(s) ou adopté(s) de l'Assuré, le père et la mère, les frères et sœurs de l'Assuré.

Pour être pris en charge au titre des présentes Dispositions Générales, le membre de la famille doit être domicilié à l'Etranger, dans le même pays que l'Assuré.

Séjour

On entend par Séjour, tout séjour de l'Assuré en France ayant pour objectif d'y suivre ses études, d'effectuer un stage d'étude ou une mission d'étude, de participer à un séjour linguistique ou de passer des vacances.

La durée du Séjour doit être de :

- minimum quinze (15) jours et maximum douze (12) mois consécutifs pour les étudiants et les lycéens,
- et de maximum quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs pour les autres motifs de Séjour.

Sont également compris dans le Séjour, les Séjours temporaires vers l'un des pays de l'Espace Schengen, dans les conditions décrites au paragraphe 4.

Séjour temporaire

On entend par Séjour temporaire, tout déplacement temporaire de l'Assuré hors de la France, vers l'un des pays de l'Espace Schengen, après une durée minimale de quinze(15) jours de présence effective en France et après quinze (15) jours suivant la date de prise d'effet du contrat SANTE ETUDIANTS – ACTIFS ETRANGERS, d'une durée consécutive maximale de :

- quinze (15) jours pour les contrats d'une durée supérieure ou égale à un (1) mois et inférieure à six (6) mois
- et de trente (30) jours pour les contrats d'une durée supérieure ou égale à six (6) mois.

Souscripteur

UMGP, union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, dont le siège social est situé 28, rue Fortuny, 75017 PARIS, immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro SIREN 316 730 662, qui souscrit le présent contrat pour le compte des adhérents des mutuelles du groupe, ci-après dénommés les Assurés.

3. QUELLE EST LA NATURE DES SEJOURS COUVERTS ?

Les prestations d'assistance des produits SANTE ETUDIANTS – ACTIFS ETRANGERS (Word Pass Schengen 70, 90 ou Delta 90) décrites au chapitre 2 s'appliquent aux Séjours en France ainsi qu'aux Séjours temporaires dans les pays de l'Espace Schengen au départ de la France, en dehors du pays de Domicile de l'Assuré, dans les conditions décrites au paragraphe 4.

Le Séjour doit avoir pour objet la réalisation d'études supérieures, de stages d'étude, de missions d'étude, de participer à un séjour linguistique ou de passer des vacances tels que définis au paragraphe « Séjour » des définitions, dont la durée est indiquée dans le Bulletin d'adhésion au contrat santé.

4. QUELLE EST LA COUVERTURE GEOGRAPHIQUE DU CONTRAT ?

Les prestations d'assistance s'appliquent dans le monde entier, à l'exception des pays exclus.

EXCLUSIONS : de manière générale, sont exclus les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, ou subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens (quel qu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, etc.) ou désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

SANCTIONS INTERNATIONALES : L'ASSUREUR ne fournira aucune couverture, ne prendra en charge les prestations et ne fournira aucun service décrit dans le présent document si cela peut l'exposer à une sanction, à une interdiction ou à une restriction internationale telle que définie par l'Organisation des Nations Unies, ou l'Union européenne, ou les États-Unis d'Amérique. Plus d'informations disponibles sur <https://www.europ-assistance.com/fr/nous-connaître/informations-reglementaires-internationale>.

À ce titre, et cumulativement avec toute autre exclusion territoriale définie dans le présent document, les prestations ne sont pas fournies dans les pays et territoires suivants : **Afghanistan, Biélorussie, Burkina Faso, Burundi, République Centrafricaine, Corée du Nord, Djibouti, Éthiopie, France, Irak, Iran, Libéria, Libye, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Russie, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Syrie, Ukraine, Vénézuéla, Yémen.**

Avant de partir, l'Assuré peut s'informer de la liste des pays exclus en contactant le 01 41 85 85 41.

5. COMMENT UTILISER NOS SERVICES ?

A. VOUS AVEZ BESOIN D'ASSISTANCE

En cas d'urgence, il est impératif de contacter les services de secours primaires locaux pour tout problème relevant de leurs compétences.

En tout état de cause, notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tout intervenant auquel nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

Afin de nous permettre d'intervenir : nous recommandons à l'Assuré de préparer son appel.

Nous demanderons à l'Assuré les informations suivantes :

- ses nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où il se trouve, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut le joindre,
- le numéro d'adhésion au contrat.

L'Assuré doit impérativement :

- nous appeler sans attendre au n° de téléphone : 01 41 85 92 02 (depuis l'étranger le +33 1 41 85 92 02), télécopie : 01 41 85 85 71 (+33 1 41 85 85 71 depuis l'étranger).
- obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- se conformer aux solutions que nous préconisons,
- nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- nous fournir les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

B. QUELLES SONT LES CONDITIONS D'APPLICATION DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE ?

Nous nous réservons le droit de demander à l'Assuré l'ensemble des justificatifs nécessaires à l'appui de toute demande d'assistance (certificat de décès, justificatif du lien de parenté, justificatif de l'âge des enfants, justificatif de domicile, justificatif de dépenses, avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant sauf le nom, l'adresse et les personnes composant le foyer fiscal de l'Assuré).

Nous intervenons à la condition expresse que l'Événement qui nous amène à fournir la prestation demeurerait incertain au moment de la souscription et au moment du départ.

Ne peut être ainsi couvert un événement trouvant son origine dans une maladie et/ou blessure préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, ou une hospitalisation de jour, ou une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant la demande d'assistance qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état.

Dans le cas où EUROP ASSISTANCE serait amenée à déclencher une intervention faute d'élément de vérification, du fait d'éléments insuffisants ou suite à des éléments erronés au regard des informations devant être fournies à EUROP ASSISTANCE, les frais d'intervention ainsi engagés par EUROP ASSISTANCE seront refacturés à l'UMGP et payables à réception de la facture, à charge pour l'UMGP si elle le souhaite, de récupérer le montant auprès du demandeur de l'assistance si ce dernier n'est pas l'Assuré.

C. CUMUL DE GARANTIES

Si les risques couverts par les présentes sont couverts par une autre assurance, l'Assuré doit nous informer du nom de l'assureur auprès duquel une autre assurance a été souscrite (article L 121-4 du Code des Assurances) dès que cette information a été portée à sa connaissance et au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

D. FAUSSES DECLARATIONS

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

- toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de la part de l'Assuré entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu à l'article L 113-8 du Code des Assurances,
- toute omission ou déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui lui sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités conformément à l'article L 113-9 du Code des Assurances.

E. DECHEANCE DE GARANTIE ET DE PRESTATION POUR DECLARATION FRAUDULEUSE

En cas de Sinistre ou demande d'intervention au titre des prestations d'assistance (prévues aux présentes Dispositions Générales), si sciemment, l'Assuré utilise comme justificatifs, des documents inexacts ou use de moyens frauduleux ou fait des déclarations inexacts ou réticentes, il sera déchu de tout droit aux prestations d'assistance, prévues aux présentes Dispositions Générales, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

6. QUE DEVEZ-VOUS FAIRE DE VOS TITRES DE TRANSPORT ?

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses des présentes, l'Assuré s'engage soit à nous réserver le droit d'utiliser le(s) titre(s) de transport qu'il détient, soit à nous rembourser les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ses titres de transport.

II. DESCRIPTION DES PRESTATIONS ET GARANTIES PORTEES PAR EUROP ASSISTANCE

PRESTATIONS D'ASSISTANCE

1. CE QUE NOUS GARANTISSONS

Les garanties d'assistance s'appliquent en cas de Maladie, blessure ou décès de l'Assuré.

Un délai de carence de dix (10) jours s'applique à compter de la date de souscription du contrat SANTE ETUDIANTS - SANTE ACTIFS ETRANGERS en cas de Maladie.

A. ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE LORS D'UN SEJOUR ET/ OU SEJOUR TEMPORAIRE

A.1. TRANSPORT / RAPATRIEMENT

Si au cours du Séjour et/ ou Séjour Temporaire, l'Assuré est malade ou blessé(e), nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui l'a reçu à la suite de la Maladie ou de l'Accident.

Les informations recueillies, auprès du médecin local et éventuellement du médecin traitant habituel, nous permettent, après décision de nos médecins, de déclencher et d'organiser en fonction des seules exigences médicales :

- soit le transport de l'Assuré vers le service hospitalier le plus proche dans le pays de Séjour,
- soit le retour de l'Assuré à son Domicile, sous réserve que son état de santé empêche la poursuite du Séjour,
- soit le transport de l'Assuré, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de son Domicile, lorsque le Séjour doit être interrompu,

par véhicule sanitaire léger, par ambulance, par train (place assise en 1^{re} classe, couchette 1re classe ou wagon-lit), par avion de ligne ou par avion sanitaire.

De même, en fonction des seules exigences médicales et sur décision de nos médecins, Nous pouvons déclencher et organiser dans certains cas, un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche du Domicile.

Seule la situation médicale de l'Assuré et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel.

IMPORTANT

Il est à cet égard expressément convenu que la décision finale à mettre en œuvre appartient en dernier ressort à nos médecins et ce, afin d'éviter tout conflit d'autorités médicales.

Par ailleurs, dans le cas où l'Assuré refuserait de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, il nous décharge de toute responsabilité, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou encore en cas d'aggravation de son état de santé.

A.2. PRESENCE HOSPITALISATION

Lorsque l'Assuré est hospitalisé sur le lieu de sa Maladie ou de son Accident et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que son retour ne peut se faire avant 5 jours, nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour depuis le pays de Domicile, par train 1^{re} classe ou par avion classe économique, d'une personne de son choix afin qu'elle se rende à son chevet.

Nous prenons en charge également les frais d'hôtel de la personne, (chambre et petit-déjeuner), à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties.

A.3. RETOUR ANTICIPE EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE DE L'ASSURE

Pendant le Séjour et/ou Séjour Temporaire, l'Assuré apprend l'hospitalisation grave et imprévue supérieure à 5 jours, survenue dans son pays de Domicile, d'un Membre de sa famille.

Afin que l'Assuré se rende au chevet de la personne hospitalisée dans le pays de Domicile, nous organisons le voyage aller-retour de l'Assuré et prenons en charge le(s) billet(s) de train 1^{re} classe ou d'avion classe économique jusque dans le pays de Domicile de l'Assuré ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi, au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport au Domicile. A défaut de présentation de justificatifs (bulletin d'hospitalisation, justificatif du lien de parenté) dans un délai de 30 jours, nous nous réservons le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation.

B. ASSISTANCE EN CAS DE DECES LORS DU SEJOUR ET/OU SEJOUR TEMPORAIRE

B.1. TRANSPORT DE CORPS ET FRAIS DE CERCUEIL EN CAS DE DECES DE L'ASSURE

L'Assuré décède durant son Séjour : nous organisons et prenons en charge le transport du défunt assuré jusqu'au lieu des obsèques dans son pays de Domicile.

Nous prenons également en charge l'intégralité des frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport exclusivement, à l'exclusion de tous les autres frais. De plus, nous participons aux frais de cercueil ou frais d'urne, que la famille se procure auprès du prestataire funéraire de son choix, à **concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties** et sur présentation de la facture originale.

Les autres frais (notamment de cérémonie, convois locaux, inhumation) restent à la charge de la famille de l'Assuré.

B.2. RETOUR ANTICIPE EN CAS DE DECES D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE DE L'ASSURE

Pendant le Séjour, l'Assuré apprend le décès survenu dans son pays de Domicile, d'un Membre de sa famille.

Afin qu'il puisse assister aux obsèques du défunt, nous organisons :

- soit son voyage aller-retour,
- soit son voyage aller simple et celui d'une personne assurée de son choix se déplaçant avec lui,

et prenons en charge le(s) billet(s) de train 1^{re} classe ou d'avion classe économique jusque dans son pays de Domicile, ainsi que, le cas échéant, les frais de taxi au départ, pour se rendre du lieu de séjour à la gare ou à l'aéroport, et à l'arrivée, de la gare/aéroport au Domicile.

A défaut de présentation de justificatifs (certificat de décès, justificatif du lien de parenté) dans un délai de 30 jours, nous nous réservons le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation.

Cette prestation est accordée dès lors que la date des obsèques est antérieure à la date initialement prévue pour le retour de l'Assuré.

B.3. RECONNAISSANCE DE CORPS ET FORMALITES DECES

Si l'Assuré décède alors qu'il se trouvait seul sur place, et si la présence d'un Membre de sa famille ou d'un proche est nécessaire pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, sur le lieu de séjour, nous organisons et prenons en charge le déplacement aller-retour en train 1^{re} classe ou avion classe économique de cette personne depuis le pays de Domicile de l'Assuré défunt jusqu'au lieu du décès ainsi que ses frais d'hébergement, **dans la limite du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties.**

C. ASSISTANCE VOYAGE PENDANT LE SEJOUR ET/OU SEJOUR TEMPORAIRE

Avant le Séjour

C.1. INFORMATIONS VOYAGE (TOUS LES JOURS DE 8 H 00 A 19 H 30, HEURES FRANÇAISES, SAUF DIMANCHES ET JOURS FERIÉS)

A la demande de l'Assuré, nous pouvons lui fournir des informations concernant :

- les précautions médicales à prendre avant d'entreprendre un voyage (vaccins, médicaments, etc.),
- les formalités administratives à accomplir avant un voyage ou en cours de voyage (visas, etc.),
- les conditions de voyage (possibilités de transport, horaires d'avion, etc.),
- les conditions de vie locale (température, climat, nourriture, etc.).

Pendant le Séjour

C.2. AVANCE DE LA CAUTION PENALE ET PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES D'AVOCAT (ETRANGER UNIQUEMENT)

Lors d'un Séjour à l'Etranger, l'Assuré fait l'objet de poursuites judiciaires du fait d'un accident de la circulation et ce à l'exclusion de toute autre cause, nous faisons l'avance de la caution pénale **jusqu'à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties**. L'Assuré s'engage à nous rembourser cette avance dans un délai de 30 jours après réception de notre facture ou aussitôt que la caution pénale lui aura été restituée par les autorités si la restitution intervient avant l'expiration de ce délai.

De plus, nous prenons en charge les frais d'avocat que l'Assuré a été amené, de ce fait, à engager sur place **à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties**, à condition que les faits reprochés ne soient pas, dans la législation du pays, passibles de sanctions pénales.

Cette prestation ne couvre pas les suites judiciaires engagées dans le pays de Domicile de l'Assuré, par suite d'un accident de la route survenu à l'Etranger.

C.3. ASSISTANCE EN CAS DE VOL, PERTE OU DESTRUCTION DES DOCUMENTS D'IDENTITE OU DE DES MOYENS DE PAIEMENT DE L'ASSURE

Pendant son Séjour, l'Assuré perd ou se fait voler ses documents d'identité. Tous les jours, de 8 h 00 à 19 h 30 (heures françaises) sauf les dimanches et les jours fériés, sur simple appel vers notre Service Informations, nous l'informons quant aux démarches à accomplir (dépôt de plainte, renouvellement des documents d'identité, etc.).

Ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66-1 de la loi modifiée du 31/12/71. Il ne peut en aucun cas s'agir de consultation juridique. Selon les cas nous orienterons l'Assuré vers des organismes ou catégories de professionnels susceptibles de lui répondre. Nous ne pouvons en aucun cas être tenus responsables ni de l'interprétation ni de l'utilisation que l'Assuré pourrait faire des informations communiquées.

En cas de perte ou de vol des moyens de paiements, carte(s) de crédit, chéquier(s) par l'Assuré et sous réserve d'une attestation de perte ou de vol délivrée par les autorités locales, nous lui faisons parvenir, une avance de fonds **jusqu'à concurrence du montant indiqué au Tableau des Montants de Garanties** afin qu'il puisse faire face à ses dépenses de première nécessité, aux conditions préalables suivantes :

- soit du versement par un tiers par débit sur carte bancaire de la somme correspondante,
- soit du versement par votre établissement bancaire de la somme correspondante.

L'Assuré signera un reçu lors de la remise des fonds.

C.4. INFORMATIONS SANTE

Ce service est conçu pour vous écouter, orienter et informer. En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les secours prévus localement.

Sur simple appel téléphonique 24 h/24, 7 j/7, nous nous efforçons de rechercher les renseignements à caractère documentaire destinés à orienter l'Assuré dans le domaine de la santé.

Si une réponse ne peut vous être apportée immédiatement, nous effectuons les recherches nécessaires et rappelons l'Assuré dans les meilleurs délais.

Les informations sont données dans le respect de la déontologie médicale.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation ou une prescription médicale téléphonique personnalisée, de favoriser une automédication ou de remettre en cause des choix thérapeutiques de praticiens.

Si telle était votre demande, nous conseillons à l'Assuré de consulter un médecin local ou votre médecin traitant.

Nous apportons aux questions que l'Assuré pose une réponse objective à partir d'éléments officiels et ne pouvons être tenus responsables de l'interprétation que vous pourrez en faire ni de ses conséquences éventuelles.

C.5. INFORMATIONS PRATIQUES

Sur simple appel téléphonique de la part de l'Assuré, nous répondons à ses questions et recherchons les informations sur les démarches administratives et sociales, sur des questions 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 du 31/12/71.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques.

Selon les cas, nous orientons l'Assuré vers les organismes ou les professionnels susceptibles de lui répondre.

Si une réponse ne peut être apportée immédiatement, nous effectuons les démarches nécessaires et le rappelons dans les meilleurs délais.

Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance par téléphone.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation, ni de l'utilisation faite par vous des informations communiquées.

Ce service est accessible tous les jours de 8h00 à 19h30, sauf dimanche et jours fériés.

C.6. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'Accident (y compris à bord d'un véhicule), d'agression ou de tentative d'agression, de décès d'un Membre de la famille de l'Assuré, entraînant un traumatisme psychologique, nous mettons à sa disposition, 24h/24, 7 j/7 et 365 j/an, un service Ecoute et Accueil Psychologique lui permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens. L'(es) entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, lui permettra de se confier et de clarifier la situation à laquelle il est confronté suite à 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 trois (3) entretiens téléphoniques.

Il est précisé que ces entretiens téléphoniques ne se déroulent qu'en langue française et que le coût des communications téléphoniques reste à la charge de l'Assuré.

Cette prestation n'est accordée qu'une seule fois pour la durée du Séjour.

2. CE QUE NOUS EXCLUONS

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

Outre les exclusions générales figurant au chapitre « QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES APPLICABLES AU CONTRAT ? » du chapitre « CADRE DU CONTRAT », sont exclus :

- les conséquences 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,
- les conséquences d'une mise en quarantaine et/ou de mesures de restriction de déplacement décidées par une autorité compétente, qui pourrait affecter l'Assuré avant ou pendant son Séjour ou Séjour temporaire,
- les Séjours ou Séjours temporaires vers un pays, une région ou une zone vers lesquels les voyages sont formellement déconseillés par les autorités gouvernementales du pays de Domicile de l'Assuré à la date de départ,
- les conséquences d'actes intentionnels de la part de l'Assuré ou les conséquences d'actes dolosifs, de tentatives de suicide ou suicides,
- les états de santé et/ou maladies et/ou blessures préexistants diagnostiqués et/ou traités ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par les présentes Dispositions Générales du contrat,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat, et notamment au-delà de la durée de Séjour prévu à l'Etranger,
- les conséquences des incidents survenus 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 l'Assuré y participe en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si l'Assuré utilise son propre véhicule,
- les séjours entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,
- l'organisation et la prise en charge du transport visé au chapitre « TRANSPORT/RAPATRIEMENT » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son Séjour,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, ses conséquences, et les frais en découlant,
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les cures thermales, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile,
- les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle, leurs conséquences et les frais s'y rapportant,
- les interventions à caractère esthétique, ainsi que leurs éventuelles conséquences et les frais en découlant,
- les séjours dans une maison de repos, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, leurs conséquences et les frais en découlant,

- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais de recherche et de secours dans le désert,
- l'organisation des recherches et secours des personnes, notamment en montagne, en mer ou dans le désert,
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec l'Assuré,
- les frais d'annulation de Séjour,
- les frais de restaurant,
- les frais de douane.

CADRE DU CONTRAT

Les présentes Dispositions Générales sont soumises à la loi française.

1. PRISE D'EFFET ET DUREE

Les prestations d'assistance et garanties d'assurance des produits SANTE ETUDIANTS - SANTE ACTIFS ETRANGERS (SCHENGEN HEALTH 70, 90, Delta 90, s'appliquent pendant la durée du Séjour en France, avec une durée minimum de quinze (15) jours et une durée maximum de douze (12) mois) pour les étudiants et les lycéens et une durée maximum de quatre-vingt-dix (90) jours pour les autres motifs de Séjour.

Un délai de carence de dix (10) jours s'applique en cas de Maladie.

La date de prise d'effet ne peut être antérieure à la date d'adhésion au contrat santé UMGP.

2. QUELLES SONT LES LIMITATIONS EN CAS DE FORCE MAJEURE OU AUTRES EVENEMENTS ASSIMILES ?

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 :

- les guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,
- les 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,
- les grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- les délais et/ou impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc., nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e),
- les recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale,
- l'inexistence ou l'indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention).

3. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

Les transporteurs de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) sont susceptibles d'opposer pour les personnes atteintes de certaines pathologies ou pour les femmes enceintes, des restrictions applicables jusqu'au moment du début du transport, et susceptibles d'être modifiées sans préavis (ainsi pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.).

De ce fait, le rapatriement de ces personnes ne pourra être réalisé que sous réserve d'absence de refus du transporteur, et bien évidemment, d'absence d'avis médical défavorable (tel que prévu et suivant les modalités prévues au chapitre « TRANSPORT/RAPATRIEMENT ») au regard de la santé de l'Assuré ou de l'enfant à naître.

4. QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GENERALES APPLICABLES AU CONTRAT ?

Les exclusions générales du contrat sont les exclusions communes à l'ensemble des garanties d'assurance et des prestations d'assistance décrites aux présentes Dispositions Générales. Sont exclus :

- les guerres civiles ou étrangères, les émeutes, les mouvements populaires,
- la participation volontaire d'un Assuré à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- les conséquences de la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- les conséquences des situations à risque 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, de mesures préventives ou de surveillance spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où l'Assuré séjourne et/ou nationales du pays d'origine,
- sauf dérogation, un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel sauf dans le cadre des dispositions résultant de la loi n° 82-600 du 13 juillet 1982 relative à l'indemnisation des victimes de catastrophes naturelles (pour les garanties d'assurance),
- les conséquences de l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- tout acte intentionnel de la part de l'Assuré pouvant entraîner la garantie du contrat.

5. SUBROGATION

Après avoir engagé des frais dans le cadre de nos garanties d'assurance et/ou nos prestations d'assistance, nous sommes subrogés 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. QUELS SONT LES DELAIS DE PRESCRIPTION ?

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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance.

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la

prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Article L 114-2 du Code des Assurances :

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies 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).

7. RECLAMATIONS - LITIGES

En cas de réclamation ou de litige, l'Assuré pourra s'adresser à : **EUROP ASSISTANCE - Service Réclamations Clients - 1, Promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers Cedex**

Si le délai de traitement doit excéder les dix jours ouvrés, une lettre d'attente sera adressée à l'Assuré 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 l'Assuré a souscrit son contrat par le biais d'un intermédiaire et que sa demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de son contrat, sa réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

Si le litige persiste après examen de votre demande par notre Service Remontées Clients, l'Assuré pourra 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/>**

L'Assuré reste libre de saisir, à tout moment, la juridiction compétente.

8. AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - A.C.P.R. – 4, Place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

9. PROTECTION DES DONNEES 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 de l'Assuré ayant pour finalités de :

- gérer les demandes d'assistance et d'assurance ;
- organiser des enquêtes de satisfaction auprès des assurés 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 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.

L'Assuré 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 de l'Assuré sera plus difficile voire impossible à gérer.

A cet effet, l'Assuré 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 de l'Assuré sont conservées pour une durée variable selon la finalité poursuivie (*six (6) mois pour les enregistrements téléphoniques, dix (10) ans pour les traitements en lien avec le médical, cinq (5) ans pour les autres traitements*), augmentée des durées de conservation obligatoires en matière de comptabilité et de la durée légale de prescription.

L'Assuré 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 ;

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).

L'Assuré, en sa qualité de personne concernée par le traitement, est informé qu'il dispose d'un droit d'interrogation, 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 pour motif légitime. L'Assuré 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. En ce qui concerne les directives générales, elles devront être adressées à un tiers qui sera désigné par Décret.

L'exercice des droits de l'Assuré 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 - A l'attention du Délégué à la protection des données
- 1, promenade de la bonnette – 92633 Gennevilliers cedex**

Enfin, l'Assuré est informé qu'il a le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et libertés.

10. DROIT D'OPPOSITION DES CONSOMMATEURS AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Europ Assistance informe l'Assuré, 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 - 10 000 TROYES - www.bloctel.gouv.fr

CONTRAT D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances, la présente Notice a été établie par AXA France IARD en sa qualité d'assureur du contrat.

Police n° 1743420304 souscrite par SUD COURTAGE ET CONSEIL (« S2C ») - 432, Bd Michelet 13009 Marseille - Tel : 04 91 16 47 12 – Fax : 04 91 16 47 11 – E-mail : gestion@sud-courtage.fr - SARL au capital de 7 622,45 euros – RCS Marseille B 395 214 646 00022 - Code APE 672 Z – N° ORIAS : 07 030 727.

Assureur : AXA France IARD - 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex - SA au capital de 214 799 030 - 722 057 460 RCS Nanterre.

ARTICLE 1- DÉFINITIONS

Accidents

Événement soudain, imprévu et extérieur à la victime et à la chose endommagée constituant la cause de dommages corporels ou matériels.

Assuré

Les adhérents des Mutuelles ayant adhéré à la présente police groupe. Sont concernés tous les adhérents qui ont souscrit l'une des garanties mutualistes proposée par la SMEREP. Les enfants mineurs d'un adhérent, s'ils sont fiscalement à sa charge. Toutes personnes assurant la garde bénévole desdits enfants et seulement dans le cas d'un dommage causé par l'un de ces enfants.

Peuvent adhérer à ce contrat, les Mutuelles pour le compte de :

- La totalité de leurs adhérents ;
- Groupements d'assurés, clients de cabinets de courtage captifs appartenant à ces Mutuelles (déclaration préalable adressée à S2C) ;
- Groupements d'assurés, clients de ces Mutuelles au titre de garanties non mutualistes (déclaration préalable adressée à S2C).

Courtier

S2C – Sud Courtage et Conseil – 432, Bd Michelet – 13009 Marseille.

Dommmages

- Corporels : toute atteinte corporelle subie par une personne physique.
- Matériels : détérioration ou destruction d'une chose ou substance, toute atteinte physique à un animal.
- Immatériels : préjudice pécuniaire résultant de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble, de la perte de bénéfice réel, lorsqu'ils sont directement consécutifs à un dommage corporel ou matériel garanti par ce contrat.

Dommmages exceptionnels

Dommmages résultant de l'action du feu, de l'eau, des gaz et de l'électricité, de la pollution, de l'effondrement des ouvrages ou constructions, des glissements de terrain, des avalanches, des intoxications alimentaires, de l'écrasement ou de l'étouffement dus à la panique, de l'utilisation des moyens de transports publics quels qu'ils soient.

Franchise

La somme qui reste en tout état de cause à la charge de l'Assuré sur le montant de l'indemnité due par l'Assureur. La franchise s'applique par sinistre, quel que soit le nombre de victimes.

Nous

AXA FRANCE IARD

Sinistre

Événement susceptible de mettre en jeu la garantie

Souscripteur

S2C – Sud Courtage et Conseil – 432, Bd Michelet – 13009 Marseille

Tiers

Toute personne autre que :

- l'Assuré tel qu'il est défini ci-dessus,
- les ascendants ou descendants de l'Assuré responsable du sinistre. Toutefois, en cas de dommages subis par les membres de la famille ayant la qualité d'Assuré, ou les ascendants et descendants visés à l'alinéa précédent, la garantie s'applique aux prestations que la Sécurité Sociale ou tout autre organisme de prévoyance pourrait réclamer au Souscripteur ou à toute autre personne assurée,
- les préposés de l'assuré responsable dans l'exercice de leurs fonctions sauf dans le cadre des recours de droit commun.

Article 2 - PREAMBULE

Le présent contrat garantit l'Assuré tel qu'il est défini à l'article 1.

Les garanties prennent effet dès lors que la qualité d'adhérent d'une Mutuelle signataire est acquise. Pour les groupements d'assurés (clients de Mutuelles ou des cabinets captifs), les garanties sont acquises après déclaration par listing nominatif adressé à S2C.

Les garanties du présent contrat ne seront plus acquises aux Assurés dès qu'ils cesseront d'être adhérents des Mutuelles signataires ou des groupements visés dans la définition de l'assuré, soit pour des raisons statutaires, soit pour non-renouvellement de leur cotisation.

Événements couverts

- les activités de la vie privée (y compris scolaires et universitaires),
- les activités sportives, à l'exception de celles exclues par ailleurs,
- les stages rémunérés ou non, conseillés ou ordonnés par l'établissement d'enseignement
- l'exercice occasionnel du baby-sitting et de cours particuliers
- la chasse sous-marine

Article 3 – RESPONSABILITE CIVILE**Objet de l'assurance**

L'assureur garantit l'assuré contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité Civile pouvant lui incomber en application des articles 1240 à 1243 du Code Civil en raison des dommages corporels, matériels et immatériels qui en sont directement la conséquence, causés aux Tiers au cours ou à l'occasion des activités définies ci-dessus et provenant du fait :

- de l'assuré.
- de son personnel domestique en service,
- des animaux domestiques lui appartenant ou dont il a la garde à titre gratuit,
- des choses lui appartenant ou dont il a la garde, notamment :
 - de l'usage des cycles sans moteur et de leurs remorques
 - de tous véhicules mus à la main
 - de remorques de camping ou de caravanes sauf lorsque, attelées ou non à un véhicule automobile tracteur, elles sont assujetties à l'obligation d'assurance automobile selon les termes des Articles L211 -1 et suivants du Code des Assurances, de l'outillage et des appareils ménagers, de l'outillage de jardin avec ou sans moteur, sous réserve que ce matériel ne soit pas soumis à l'obligation d'assurance automobile,
 - de l'intoxication ou de l'empoisonnement causés par les boissons et aliments servis à sa table,
- de l'usage, à son insu ou à l'insu de son conjoint, par un de ses enfants mineurs d'un véhicule terrestre à moteur ne lui appartenant pas et dont il n'est pas gardien autorisé. Cette garantie s'applique également aux dommages subis par le véhicule. Dans tous les cas, la garantie s'applique tant aux dommages causés aux tiers qu'à ceux subis par le véhicule à la suite d'un accident. Toutefois, elle n'interviendra qu'en l'absence de tout contrat d'assurance relatif au véhicule considéré.
 - de la pratique de tous les sports non exclus ci-après, même au cours de compétitions, pourvu qu'elles soient réservées à des amateurs.
 - d'une personne qui lui prête assistance à titre gratuit, sous réserve toutefois que l'intervention de cette personne soit occasionnelle et inopinée.
 - des dommages causés à un enfant dont il aurait la garde en qualité de simple particulier et à titre gratuit. Cette garantie est étendue à la pratique occasionnelle ou régulière du baby-sitting.
 - des dommages occasionnés au matériel (animaux compris) dont il a l'usage, lorsque ce matériel lui est confié dans le cadre d'un stage de formation, rémunéré ou non, ordonné ou conseillé par l'établissement d'enseignement (y compris les stages de formation agricole).
 - des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers, à l'occasion de ses activités de stagiaire qu'il est appelé à effectuer en sa qualité d'étudiant, y compris au cours de déplacements, notamment par les SAMU, SMUR, lors de convois sanitaires. La garantie s'applique également aux accidents de trajet.

Sont notamment considérées comme tiers les personnes physiques et morales de droit privé ou de droit public accueillant l'assuré (y compris leur personnel).

Il est précisé que nous renonçons au recours que, comme subrogé dans les droits de l'assuré, il serait en droit d'exercer contre ces personnes.

Article 4 - DEFENSE ET RECOURS

Objet de la garantie

En cas de litige vous opposant à un tiers, l'Assureur garantit :

- la mise en œuvre, par les voies amiables ou judiciaires, des moyens nécessaires à la sauvegarde de vos droits et intérêts,
- la prise en charge, dans la limite de la garantie, du coût d'intervention de tout auxiliaire de justice, des frais et dépens, y compris les frais d'expertise qui vous incombent.

Champ d'application

L'Assureur intervient :

- pour votre défense pénale, si vous êtes l'objet de poursuites ayant pour fait générateur un événement dont la garantie est prévue au contrat, ou à la suite d'un délit ou d'une contravention en matière de circulation des piétons et des bicyclettes sans moteur ;
- en recours amiable ou judiciaire à l'encontre du responsable identifié du dommage corporel ou matériel subi par vous, dès lors que ce préjudice est survenu dans le cadre de l'un des événements ou situations de la vie privée énumérés au paragraphe "Responsabilité civile", ou à la suite d'un dommage corporel subi par l'Assuré en tant que piéton du fait d'un véhicule terrestre à moteur dont il n'a ni la propriété, ni la conduite ni la garde, et dont il n'est pas le passager lors du sinistre.

Débours pris en charge

A condition d'avoir donné son accord préalable sur l'engagement de ces frais, l'Assureur acquitte directement :

- les frais de constitution de dossier, à l'exception des frais engagés pour vérifier la réalité du préjudice ou en faire la constatation, - les honoraires d'experts judiciaires,
- les frais et honoraires des auxiliaires de justice.

Libre choix de l'avocat

Si un litige implique l'intervention d'un avocat, vous pouvez le choisir parmi ceux inscrits au Barreau du Tribunal saisi, ou demander à l'Assureur de vous en proposer un.

Divergences d'intérêts

En cas de désaccord entre vous et l'Assureur sur l'opportunité d'engager ou de poursuivre une action en justice, la procédure prévue par l'article L.127-4 du Code des Assurances est appliquée ; en voici le résumé :

"Le différend est soumis à l'appréciation d'une tierce personne choisie d'un commun accord ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance. Sauf décision contraire, c'est l'assureur qui supporte, dans la limite de la garantie, les frais de cette procédure".

Les mêmes modalités sont appliquées en cas de survenance, entre vous et l'Assureur, de divergences d'intérêts au sens de l'article L.127-5 du Code des Assurances.

Article 5 - EXCLUSIONS

A - Responsabilité civile

Nous ne garantissons pas les dommages causés lors de la pratique :

- **de la chasse, y compris la destruction d'animaux nuisibles lorsqu'elle relève du champ d'application de la RC chasse (MAIS LA CHASSE SOUS MARINE EST GARANTIE)**
- **de toute activité sportive exercée dans des associations, clubs, fédérations qui ont assuré leurs adhérents conformément à l'article L 321-1 du Code du sport,**
- **d'activités ne relevant pas de la vie privée qu'elles soient :**
 - o exercées ou non à titre temporaire,
 - o exercées à titre lucratif ou syndical,
 - o liées à une fonction publique ou d'organisation de manifestations ouvertes au public,
- **de l'utilisation d'un Engin de Déplacement Personnel Mobile électrique (trottinettes, skates, hoverboards, gyropodes, gyroroues, etc...):**

Sont exclus tous dommages causés par la participation à des émeutes, manifestations, mouvements populaires, actes de terrorisme et sabotage.

Nous ne garantissons pas les dommages résultant :

- D'obligations contractuelles réalisées à titre onéreux (à l'exclusion du baby-sitting qui est garanti),
- De la pratique de tous sports à titre professionnel
- De toute activité professionnelle, y compris les accidents du travail, étant précisé que les accidents causés au cours de trajet pour vous rendre sur les lieux de l'établissement scolaire ou en stage, ne sont pas considérés comme résultant d'une activité professionnelle.
- De l'organisation et de la participation à toutes épreuves, concours, courses ou compétition, ainsi qu'à toutes épreuves préparatoires nécessitant une autorisation préalable ou soumise à une obligation d'assurance,
- De votre activité en qualité de tuteur ou curateur familial,
- De l'exercice d'une fonction publique, politique ou sociale ou de dirigeant d'Association.
- D'une activité d'assistante maternelle.

Nous ne garantissons pas les dommages causés par :

- Une personne assurée aux biens, objets ou animaux lui appartenant ou appartenant à une personne de son entourage,
- Les équidés ou les animaux non domestiques appartenant ou gardés par une personne assurée,
- Les chiens relevant des catégories 1 et 2 au sens de la loi relative aux animaux dangereux (article L 211-12 du Code Rural),
- Les armes à feu et leurs munitions de catégorie A ou B dont la détention est interdite et dont vous seriez sciemment possesseur ou détenteur sans autorisation préfectorale.
- Tout voilier de plus de 6 m ou tout bateau à moteur de plus de 6 CV ou tout véhicule nautique à moteur tels que jet ski, jet à bras, scooter et moto des mers,
- Tout véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance automobile dont l'assuré est propriétaire, gardien ou locataire, y compris :
 - o les remorques attelées ou non attelées si leur poids est supérieur à 750 kg,
 - o les caravanes,
 - o tout autre appareil terrestre lorsqu'il est attelé à un véhicule,
- Les appareils de navigation aérienne et engins aériens, autres que les engins d'aéromodélisme jusqu'à 5 kg et 10 cm³ dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable ont la propriété, la conduite ou la garde.

Nous ne garantissons pas les dommages :

- Causés aux biens confiés, loués ou empruntés par une personne assurée,
- Causés dans le cadre des stages d'études lorsqu'ils ont pour origine des actes prohibés par la réglementation en vigueur ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire.
- Causés aux biens ou animaux, dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable avez la propriété, l'usage ou la garde (sauf dans le cadre des stages).
- Matériels et immatériels consécutifs causés par les eaux, un incendie ou une explosion s'ils résultent de sinistres ayant pris naissance dans les locaux ou caravane dont vous êtes propriétaire, locataire ou occupant à titre quelconque.

B - Défense et Recours

Outre les exclusions générales du contrat et celles spécifiques à la garantie responsabilité civile, l'extension Défense et Recours ne s'applique pas aux :

- Litiges dont l'intérêt financier en principal porte sur un montant inférieur à 225 euros
- Montants des condamnations tant civiles que pénales ;
- Litiges relevant d'un acte intentionnel ou de la procédure dite des « amendes de composition » ;

- Litiges dont le fait générateur est survenu soit avant la prise d'effet du contrat, soit après la date de prise d'effet de la résiliation, soit au cours d'une période de suspension des garanties ;
- Litiges de mitoyenneté
- Litiges découlant d'opération de construction, de restauration ou réhabilitation immobilières dans les risques assurés ou dans les risques voisins ;
- Litiges intervenant dans le cadre d'une succession, d'une cessation d'indivision, d'une opération de partage familial ;
 Litiges provoqués par une interruption d'activité, une dissolution de société ou d'association ;
 procédures engagées sans l'accord préalable de l'assureur.

Article 6 -TABLEAU DES GARANTIES

TABLEAU DE GARANTIES (sauf RC médicale)	MONTANTS	FRANCHISES
Domages corporels	20 000 000,00 €	néant
Domages exceptionnels	4 575 000,00 €	néant
Intoxication alimentaire	763 000,00 €	néant
Domages matériels et immatériels	763 000,00 €	91,00 €
Domages aux biens confiés lors de stages (y compris dommages immatériels consécutifs)	15 250,00 €	121,00 €
Domages au matériel informatique confié par les Universités et Facultés (à l'exclusion du vol et de la perte)	2 500,00 €	150,00 €
Domages au matériel non informatique confié par les écoles des Beaux-arts (à l'exclusion du vol et de la perte)	8000,00 €	150,00 €
Défense recours	compris dans les montants ci-dessus	Seuil d'intervention : 225 €

Article 7 – RESPONSABILITE CIVILE MEDICALE

Les garanties du contrat sont étendues aux conséquences pécuniaires de la responsabilité civile pouvant incomber à l'assuré en raison des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers au cours de toutes activités liées à l'exercice de professions médicales, chirurgicales et paramédicales.

Ces dommages sont couverts dans le cadre de stages, gardes, soins, imposés ou non, rémunérés ou non, en externat ou internat, que l'assuré pourra effectuer dans un service hospitalier, une clinique ou auprès d'un professionnel exerçant en libéral, dans la limite des actes qu'il est légalement autorisé à pratiquer. Sont notamment garanties les activités de dissection et les travaux pratiques d'anatomie.

- Cette extension de garantie est acquise uniquement pour les assurés inscrits dans l'une des quatre premières années d'études en : Médecine, Pharmacie, Orthophonie, Orthoptie, Kinésithérapie, Dentaire, écoles d'infirmiers, Puéricultrices, Aide-soignante, Manipulateurs radios, préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'État de pédicure-podologue (DEPE), préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'État d'audioprothésiste, à l'exclusion de tout autre.

Les garanties sont accordées jusqu'à la cinquième année d'études pour les disciplines suivantes : psychologie, pharmacie et sage-femme.

Les garanties sont accordées jusqu'à la sixième année d'études pour les disciplines suivantes :

- Ostéopathes
- La préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.
- La préparation universitaire ou en école privée au diplôme d'État en Psychomotricité.

MONTANT DES GARANTIES

Dommages corporels : 6 100 000 € - Franchise néant

Intoxication alimentaire : 6 100 000 € - Franchise néant

Dommages matériels et immatériels : 458 000 € - Franchise 45 €

Défense : comprise dans les montants ci-dessus

Recours : 15 250 € - Seuil d'intervention : 305 €

Extensions :

- RC du fait des salariés et préposés légalement autorisés,
- Fonctions hospitalières : la garantie est étendue à la responsabilité que l'assuré peut encourir à titre personnel dans le cadre de ses fonctions hospitalières au sein d'un établissement public à la suite d'une faute détachable de ses fonctions.

Période de garantie :

- la garantie s'applique aux réclamations formulées à quelque époque que ce soit, dans la mesure où elles se rattachent à des faits survenus entre les dates de prise d'effet et de cessation du contrat.
- Inopposabilité des déchéances : aucune déchéance motivée par un manquement de l'assuré à ses obligations commises postérieurement au sinistre n'est opposable aux personnes lésées ou à leurs ayants droit. AXA FRANCE conserve néanmoins la faculté d'exercer contre l'assuré une action en remboursement de toutes les sommes qu'elle aura payées ou mises en réserve à sa place.

Délai de règlement : paiement des indemnités dans les 15 jours suivant l'accord amiable ou la décision judiciaire exécutoire. En cas d'opposition, ce délai ne court qu'à compter du jour de la mainlevée.

EXCLUSIONS :

Outre les exclusions prévues dans le cadre de la garantie Responsabilité Civile Familiale, sont exclus de la présente extension de garantie :

- **les dommages résultant d'actes professionnels prohibés par les dispositions légales ou réglementaires, ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire.**
- **les conséquences de faits antérieurs à la présente extension et les actions engagées à leur sujet**
- **la faute intentionnelle de l'assuré, sauf recours intenté par la Sécurité Sociale en vertu des articles L 452-2, L 452-5 du Code de la Sécurité Sociale.**

- les dommages engageant la responsabilité de l'assuré à l'égard de personnes se prêtant à des recherches biomédicales lorsque la responsabilité de l'assuré est recherchée à titre de promoteur (loi du 20/12/1988).
- les dommages résultant de la prescription de spécialités pharmaceutiques n'ayant pas obtenu le visa légalement exigé.
- les conséquences d'un acte à finalité purement esthétique.
- les dommages qui proviendraient directement ou indirectement de :
 - fourniture de sang ou de tous produits dérivés de celui-ci et de toutes sécrétions ou cellules humaines effectuées pour le compte et/ou dans le cadre de tout service ou organisme chargé de cette activité,
 - activités consistant à concevoir, étudier, créer de nouveaux médicaments, équipements, produits destinés à tous usages de soins ou de cosmétique ainsi que toutes expérimentations et tests associés.
 - les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosions ou irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de radioactivité, accélération artificielle des particules.

L'assuré est cependant garanti en cas d'usage médical de la radioactivité en sa qualité d'utilisateur de substances radioactives et des installations les contenant, de propriétaire ou gardien de substances radioactives et des installations les contenant lorsque l'activité « corrigée » des substances radioactives se trouvant ensemble dans un même établissement ne dépasse pas un curie.

- les conséquences d'engagements contractuels dans la mesure où elles excèdent celles auxquelles serait tenu l'assuré en vertu des textes légaux ou réglementaires sur la responsabilité civile.
- les dommages matériels et dommages immatériels qui ne sont pas la conséquence de dommages corporels, subis par les assurés lorsqu'ils ont la qualité de tiers entre eux.
- les conséquences pécuniaires de la responsabilité incombant à l'assuré du fait des dommages qui trouvent leur origine dans un dysfonctionnement provenant ou affectant des matériels électroniques ou informatiques, dès lors que ce dysfonctionnement est imputable au codage ou à la gestion des dates.

DÉFENSE

En cas d'action mettant en cause une responsabilité assurée par la présente extension :

- devant les juridictions civiles, commerciales, ou administratives, Axa France, dans la limite de sa garantie, assume la défense de l'assuré, dirige le procès et exerce toutes voies de recours,
- devant les juridictions pénales : si la ou les victimes n'ont pas été désintéressées, Axa France a, dans la limite de sa garantie, la faculté, avec l'accord de l'assuré, de s'associer à sa défense sur le plan pénal. A défaut de cet accord, Axa France peut néanmoins assumer la défense des intérêts civils de l'assuré.

Axa France peut exercer toutes voies de recours au nom de l'assuré, y compris le pourvoi en cassation, lorsque l'intérêt pénal de l'assuré n'est plus en jeu. Dans le cas contraire, elle ne peut les exercer qu'avec l'accord de l'assuré.

Axa France choisit les auxiliaires de justice à qui sont confiés les dossiers et les rémunère en totalité.

Si l'assuré avait l'intention de choisir lui-même ses auxiliaires, il devrait en aviser Axa France :

- si Axa France accepte : elle prendra en charge les frais et honoraires de ces conseils sur production des pièces justificatives dans la limite de 4 600 Euros TTC par sinistre.
- si Axa France fait intervenir ses conseils aux côtés de ceux de l'assuré, ce dernier fera son affaire personnelle des frais et honoraires des conseils qu'il aura choisis.

PROTECTION JURIDIQUE PROFESSIONNELLE

Ce contrat garantit la protection juridique, c'est à dire la prise en charge de tout litige entendu comme une situation conflictuelle conduisant l'assuré devant une juridiction, pour y faire valoir un droit, résister à une prétention ou s'y défendre, lorsque le litige résulte de l'activité faisant l'objet de la présente extension.

En cas de décès de l'assuré, Axa France poursuit et soutient jusqu'à leur liquidation les actions engagées du vivant de l'assuré. L'assistance d'Axa France est accordée au conjoint et aux héritiers, à condition qu'ils se conforment aux mêmes obligations que celles incombant à l'assuré pour tout procès en demande ou en défense fondé sur des faits antérieurs au décès.

Procédure : l'assuré doit obtenir l'accord d'Axa France relatif au litige auquel il est confronté. Il peut faire appel à l'avocat de son choix. S'il choisit l'un des avocats correspondants de Axa France, celle-ci prend en charge la totalité de ses frais et honoraires.

Si l'assuré choisit un avocat personnel, Axa France lui rembourse les frais judiciaires sur présentation des pièces justificatives et des mémoires d'honoraires d'avocat, d'huissier, dans un délai de deux mois de la production desdites pièces dûment taxées, et moyennant les sommes maximum suivantes TTC prévues au barème ci-après :

- référé : 382 €
- jugement de 1ère instance ou transaction en cours de procédure : 1150 €
- décision d'appel : 1220 €
- procédure en cours de cassation, Conseil d'État ou juridiction européenne : 1530 €

En cas de prétention insoutenable en fait ou en droit, lorsque les frais envisagés sont hors de proportion avec l'intérêt pécuniaire du litige ou lorsqu'elle juge raisonnable les offres de l'adversaire, Axa France peut à tout moment refuser ou retirer son appui dans une procédure par décision motivée.

En cas de pareil désaccord entre Axa France et l'assuré pour régler un différend, cette difficulté pourra être soumise à l'appréciation d'un arbitre désigné d'un commun accord par les deux parties, ou, à défaut par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge d'Axa France; sauf si le Président du TGI en décide autrement (mise en œuvre abusive).

En tout état de cause, l'assuré conserve la pleine liberté d'action. S'il obtient une solution plus favorable que celle proposée par Axa France ou l'arbitre, Axa France lui rembourse les frais exposés pour l'exercice de cette action, dont le montant n'a pas été supporté par l'adversaire, dans la limite du montant de la garantie.

D'une manière générale, l'assuré a la liberté de choisir un avocat ou une personne qualifiée pour l'assister à chaque fois que survient un conflit d'intérêt entre lui-même et Axa France.

Exclusions supplémentaires propres à la Protection juridique : outre les exclusions prévues dans le cadre de la garantie responsabilité civile, restent exclus :

- les litiges dont la valeur pécuniaire est inférieure à 305 euros
- les amendes de toute nature
- les actions en recouvrements d'honoraires ou de créances

Obligations de l'assuré

Si les risques garantis par ce contrat viennent à être couverts par une autre assurance, l'assuré doit obligatoirement le déclarer à AXA FRANCE, en identifiant l'autre assureur et en détaillant le montant des garanties souscrites. En cas de sinistre, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation des dommages en s'adressant à l'assureur de son choix.

ARTICLE 8 – DISPOSITIONS DIVERSES

A - Étendue territoriale

Les garanties Responsabilité Civile et Défense Recours s'exercent dans le monde entier, à l'exclusion des États Unis et du Canada en ce qui concerne la RC médicale et la Protection Juridique médicale.

Pour les adhérents dont la nationalité est celle d'un pays ne faisant pas partie de l'Union Européenne, les garanties du présent contrat ne sont pas acquises pour tout sinistre survenu en dehors du territoire de l'Union Européenne.

B - Période de garantie

La garantie s'applique aux sinistres dont le fait générateur se situe pendant la période de validité du contrat.

ASSISTANCE RAPATRIEMENT

Conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances, la présente Notice a été établie par CHUBB European Group SE, en sa qualité d'assureur du contrat.

Police collective 5 140 740 / adhésion UMGP

Assureur : Chubb European Group SE, entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374. Courtier : S2C – Sud Courtage et Conseil (SARL de courtage d'assurances au capital de 7 622,45 € – Siège social : 432, Bd Michelet 13009 Marseille – ORIAS : 07 030 727 - RCS Marseille B 395 214 646 00022).

1 – DÉFINITIONS ET CONDITIONS D'ACCÈS AUX PRESTATIONS

ASSUREUR

Chubb European Group SE.

SOUSCRIPTEUR

S2C – Sud Courtage et Conseil – 432, Bd Michelet – 13009 Marseille

ASSURÉS

Les adhérents des Mutuelles ayant adhéré à la présente police groupe. Sont concernés tous les adhérents qui ont souscrit l'une des garanties mutualistes proposée par la SMEREP.

BÉNÉFICIAIRE

La personne qui reçoit de l'Assureur les sommes dues au titre des sinistres.

En cas de décès de l'Assuré, à moins qu'une autre personne n'ait été désignée par l'Assuré, le Bénéficiaire est le conjoint survivant, ni divorcé ni séparé de corps judiciairement et à défaut ses ayants droit.

Dans les autres cas, les sommes dues seront payées à l'Assuré. Sont exclues du bénéfice de l'assurance, les personnes qui auraient volontairement provoqué l'Accident.

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un Assuré et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle, sous réserve des exclusions énumérées ci-après.

- Sont assimilés aux accidents :

Les infections causées directement par un accident garanti, à l'exclusion de toute infection résultant de l'intervention humaine après un accident garanti.

Les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives.

L'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs.

La noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté.

Les gelures, coups de chaleur, insolations ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, avalanche, et inondation.

Les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont l'Assuré serait victime sauf s'il est prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements.

MALADIE

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

DECHEANCE

Privation du droit aux sommes prévues dans le contrat par suite du non-respect par l'Assuré de certaines obligations qui lui sont imposées.

TERRITORIALITE

Les prestations d'assistance s'appliquent à l'occasion de déplacements de loisirs sans franchise kilométrique dans le monde entier à l'exclusion des pays en état de guerre ou d'instabilité politique notoire ou qui restreignent strictement la libre circulation dans personnes dans leur territoire.

Sont exclus du présent contrat les évènements survenus dans le pays dont est ressortissant un bénéficiaire de nationalité étrangère résidant en France et dans le pays de deuxième nationalité pour un bénéficiaire ayant une double nationalité dont celle française et résidant en France.

CHAMP D'APPLICATION

Les prestations d'assistance aux personnes s'appliquent lorsque vous voyagez ou êtes en déplacement pour une durée maximum de 120 jours consécutifs et ce pour des voyages ou déplacements de loisirs à l'exclusion de tout déplacement à caractère professionnel.

Les stages sont couverts dans la mesure où ils sont conseillés ou ordonnés par l'établissement scolaire ou universitaire dont dépend le bénéficiaire qu'ils soient rémunérés ou non.

HOSPITALISATION

Toute hospitalisation prescrite par un médecin consécutive à un accident ou à une maladie survenant inopinément.

MISE EN ŒUVRE DU SERVICE

Le service est accessible par téléphone 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 à l'exception des prestations d'informations accessibles du lundi au samedi de 9H à 19 H.

2 – LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application de la présente convention d'assistance, vous vous engagez à réserver à CHUBB ASSISTANCE le droit d'utiliser le titre de transport que vous détenez, ou à rembourser CHUBB ASSISTANCE des montants dont vous obtiendriez le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre de transport.

2.1 – ASSISTANCE AUX PERSONNES

2.1.1 - Transport / Rapatriement

- Procédure préalable :

La maladie ou les blessures doivent impérativement être signalées de manière préalable à CHUBB ASSISTANCE qui se chargera alors d'organiser le meilleur parcours de santé possible de l'Assuré et notamment son transport. À cet égard, CHUBB ASSISTANCE se réserve le droit de demander le titre de transport de la personne concernée.

- Mise en œuvre :

Le mode d'évacuation de la personne malade ou blessée, la date et le lieu de son hospitalisation, choisis et à la charge de CHUBB ASSISTANCE, sont adaptés en fonction de la gravité du cas.

Le seul critère retenu pour ce choix est le critère médical.

2.1.2 - Présence hospitalisation

Vous êtes hospitalisé sur le lieu de votre maladie ou de votre accident et nos médecins ne préconisent pas un transport avant 10 jours : nous organisons et prenons en charge le déplacement aller et retour par train en première classe ou avion de ligne en classe économique d'une personne choisie et résidant en France pour lui permettre de se rendre à votre chevet. Nous prenons également en charge les frais d'hôtel de cette personne sur place, à concurrence de 46 € T.T.C. par nuit pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner).

Cette personne doit :

- Être domiciliée en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco ou d'Andorre si vous y êtes domicilié,
- Être domiciliée dans le même département ou territoire d'Outre-Mer que vous si vous êtes domicilié dans les DOM-TOM.

2.1.3 - Prolongation de séjour

Nous organisons et prenons en charge vos frais de prolongation de séjour à l'hôtel et d'une personne bénéficiaire demeurant à votre chevet si vous ne pouvez entreprendre votre retour à la date prévue pour des raisons médicales validées par notre service médical.

Nous prenons en charge les frais d'hôtel à concurrence de 46 € TTC par nuit et par personne pour vous et votre accompagnant pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner). Les prestations « retour d'un accompagnant », « présence hospitalisation » et « prolongation de séjour » ne sont pas cumulables entre elles.

2.1.4 - Frais de secours sur piste

Lorsque vous êtes accidenté sur une piste de ski balisée ouverte aux skieurs au moment de l'accident nous prenons en charge les frais de secours sur piste de l'accident jusqu'au centre de soins le plus proche à concurrence de 381 €.

Les frais de recherche en montagne s'il y a lieu restent à votre charge.

2.1.5 - Remboursement complémentaire des frais médicaux

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement hors de France : nous remboursons, à hauteur de 5.336 € TTC et de 76.225 € TTC pour les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, le Japon et l'Asie du Sud Est par bénéficiaire et pendant la durée de validité du contrat le montant des frais médicaux engagés hors de France et restant à votre charge après remboursement effectué par la Sécurité Sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance.

Une franchise de 31 € par bénéficiaire et par événement est appliquée dans tous les cas.

Les soins dentaires sont remboursés dans les mêmes conditions avec un plafond de 77 € TTC.

Nature des frais médicaux : honoraires médicaux, frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien, frais d'ambulance ordonnée par un médecin pour un trajet local, frais d'hospitalisation tant que le bénéficiaire a été jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Le remboursement complémentaire de ces frais d'hospitalisation cesse à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer le transport du bénéficiaire, urgence dentaire.

2.1.6 - Avance des frais d'hospitalisation

En cas de maladie ou de blessures lors d'un déplacement hors de France tant que vous vous trouvez hospitalisé, nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de 5.336 € et de 76.225 € pour les Etats-Unis, le Canada, le Japon, l'Australie et l'Asie du Sud Est par bénéficiaire et pendant la durée de validité du contrat sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- Pour des soins prescrits en accord avec nos médecins,
- Tant que vous êtes jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre transport.

2.2 - ASSISTANCE EN CAS DE DECES

Quelque soit le prix (exception faite des frais de cercueil garantis à hauteur de 458 € TTC), CHUBB ASSISTANCE assure le transport du corps et les frais funéraires induis par le rapatriement et ce jusqu'au lieu d'inhumation devant se situer en France.

2.3 - AIDE AU VOYAGE

- Avance de fonds à l'étranger

Une avance de fonds d'un montant pouvant atteindre 2.287 € est proposé à l'assuré par CHUBB ASSISTANCE, après son accord préalable et contre un chèque certifié en cas de vol de vos moyens de paiement (carte(s) de crédit, chéquier(s))

- Envoi de médicaments

Si en cours de déplacement à l'étranger l'assuré est dans l'impossibilité de trouver des médicaments indispensables à son traitement ou d'obtenir leur équivalent, CHUBB ASSISTANCE met tout en œuvre afin d'acheminer ces médicaments, dont le coût reste dans tous les cas à la charge de l'assuré.

2.4 - PROCEDURE JUDICIAIRE A L'ETRANGER

Une assistance juridique est proposée à l'assuré en cas de poursuites judiciaires dont il fait l'objet et résultant d'un accident de la circulation intervenu à l'étranger. Dans ce cas, CHUBB ASSISTANCE avance les honoraires d'avocat à concurrence de 1.525 € maximum et la caution pénale à concurrence de 7.623 € TTC maximum, dont le remboursement devra intervenir dans un délai de trois mois à compter du jour de l'avance.

3 – EXCLUSIONS ET CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

3.1 - Sont exclus :

- Les frais engagés sans notre accord préalable ou dont la prise en charge n'est pas prévue par la présente convention d'assistance,
- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité des contrats,
- Les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions motorisées (ou leurs essais) lorsque vous y participez en qualité de concurrent
- Les maladies ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
- Les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement,
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
- L'organisation et la prise en charge du Transport/Rapatriement pour des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,
- Les conséquences de l'usage de drogue, stupéfiants ou produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif d'alcool,
- Les conséquences d'actes intentionnels de votre part ou les Conséquences d'actes dolosifs, tentatives de suicide ou suicide
- Les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 28ème semaine, les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse,
- Les situations liées à des faits de grève,
- Les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,

- Les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie ou à un accident survenu hors de France,
- Les frais d'optique (lunettes ou verres de contact par exemple),
- Les frais liés aux appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires notamment),
- Les frais d'annulation de séjour,
- Les frais de cure thermale,
- Les frais liés à des interventions à caractère esthétique,
- Les frais de séjour en maison de repos,
- Les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
- Les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination,
- Les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- Les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- Les frais médicaux engagés en France,
- Les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer ou dans le désert,
- Les frais de secours hors piste de ski,
- Les frais de restaurant,
- Les frais de douane,
- Les dommages survenus aux bénéficiaires se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire.

3.2 - Les circonstances exceptionnelles

CHUBB ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable des manquements à l'exécution des prestations résultant des cas de force majeure ou d'évènements tels que guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, émeutes, mouvements populaires, représailles, actes de terrorisme, restrictions à la libre circulation des personnes ou des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

4 – SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du code des assurances, CHUBB ASSISTANCE est subrogée à concurrence des indemnités payées et des services fournis dans vos droits et actions ou ceux de votre représentant contre toute personne responsable des faits ayant nécessité son intervention.

Dans le cas où il s'avèrerait à posteriori que CHUBB ASSISTANCE aurait été amenée à déclencher une intervention alors que vous n'étiez plus ou pas bénéficiaire, les frais engagés vous seraient refacturés, de même si vous aviez volontairement fourni de fausses informations sur les causes vous amenant à demander l'intervention de CHUBB ASSISTANCE alors que les faits réels n'auraient pas dû donner droit à l'intervention de CHUBB ASSISTANCE.

5 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat d'assurance sont prescrites à compter de l'évènement qui y donne naissance dans les conditions prévues aux articles L.114-1 à L.114-3 et L.145-9 du Code des assurances.

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'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

N.B : Par dérogation à l'article L. 114-1, pour la mise en œuvre des opérations relevant de l'article L.145-1 du Code des assurances, (notamment contrats groupe souscrits par un employeur en vue de couvrir les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité) la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail. »

Article L 114-2 du Code des assurances : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un 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 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.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel « www.legifrance.gouv.fr »

Article 2240 du Code civil : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil : La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil : 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.

Article 2244 du Code civil : Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil : 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.

Article 2246 du Code civil : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

POUR TOUTE DEMANDE D'ASSISTANCE

- 1) Téléphoner ou télexer à CHUBB Assistance aux numéros suivants :
Téléphone : 33 1 44 85 47 85
Télex : 650 254 F Télécopie : 33 1 40 25 52 62
- 2) Préciser impérativement : Votre numéro de convention d'assistance : 620 328 / Contrat 5140740.
- 3) Vous conformer aux solutions que nous préconisons.

Toute dépense engagée sans l'accord préalable CHUBB ASSISTANCE ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.