



POUR VOUS, TRAVAILLEURS NON SALARIÉS

Mornay  
... TNS  
Santé

**CONDITIONS GÉNÉRALES  
VALANT NOTICE D'INFORMATION**

## SOMMAIRE

Article 1 -	Nature du contrat . . . . .	4
Article 2 -	Définitions applicables au présent contrat . . . . .	4
Article 3 -	Objet du contrat . . . . .	5
Article 4 -	Modification du contrat . . . . .	5
Article 5 -	Adhésion au contrat . . . . .	6
Article 6 -	Faculté de renonciation . . . . .	7
Article 7 -	Bénéficiaires . . . . .	7
Article 8 -	Informations . . . . .	7
Article 9 -	Choix des garanties . . . . .	7
Article 10 -	Cotisations . . . . .	8
Article 11 -	Cessation des garanties . . . . .	8
Article 12 -	Résiliation de l'adhésion . . . . .	9
Article 13 -	Risques exclus . . . . .	9
Article 14 -	Contrôle médical . . . . .	9
Article 15 -	Traitement des contestations . . . . .	9
Article 16 -	Modalités de remboursement . . . . .	10
Article 17 -	Limitations . . . . .	10
Article 18 -	Délais de carence . . . . .	11
Article 19 -	Justification des dépenses . . . . .	11
Article 20 -	Subrogation . . . . .	12
Article 21 -	Prescription biennale . . . . .	12
Article 22 -	Informatique et liberté . . . . .	12
Article 23 -	Autorité de contrôle . . . . .	12

## ANNEXE :

<a href="#"><u>NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT MORNAY TNS ASSISTANCE . . . . .</u></a>	<a href="#"><u>13</u></a>
--	---------------------------

**MORNAY TNS SANTE**  
**contrat collectif à adhésion facultative**  
**enregistré sous le numéro MOO7**

Souscrit par :

**Association de Prévoyance du Groupe**  
**Mornay Europe (APGME),**

Association régie par la loi du 1er juillet 1901,  
dont le siège social est situé  
5-9 rue Van Gogh, 75591 PARIS Cedex 12,

représentée par Madame Laurie MAILLARD,  
en sa qualité de Directeur Général,  
ci-après dénommée « le Souscripteur»

auprès de :

**MORNAY MUTUELLE**, Mutuelle soumise  
aux dispositions du livre II du code de la Mutualité,  
inscrite au registre national des Mutuelles sous  
le n° 344 033 360 dont le siège social  
est situé : BP 419 - 07504 Guilhaud Granges  
cedex,

représentée par Monsieur Jean Claude PETIT,  
en sa qualité de Président

ci-après dénommée « L'Assureur »

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

## ARTICLE 1

### NATURE DU CONTRAT

**Le présent contrat MORNAY TNS SANTE est un contrat collectif à adhésion facultative, régi par le Code de la Mutualité.**

Il est conforme aux dispositions de l'article 154 bis du Code Général des Impôts relatif à la retraite et à la prévoyance des entrepreneurs individuels. Il est donc susceptible d'ouvrir droit au bénéfice de l'article 154 bis du code général des impôts.

**Le présent contrat prend effet le 1<sup>er</sup> septembre 2008 et se termine le 31 décembre 2008. Il se renouvellera ensuite pour un an par tacite reconduction, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec avis de réception adressée au moins deux mois avant l'échéance.**

La résiliation du présent contrat sera sans effet sur les adhésions en cours au jour de cette résiliation qui se poursuivront jusqu'à la cessation des garanties conformément à l'article 11.

La résiliation du contrat rendra toute nouvelle adhésion à ce contrat impossible.

## ARTICLE 2

### DÉFINITIONS APPLICABLES AU PRÉSENT CONTRAT

#### Adhérent

Personne physique, qui adhère à l'APGME à titre individuel et qui s'engage à payer les cotisations. Elle doit être Travailleur Non Salarié non agricole (TNS) lors de l'adhésion.

Les membres de l'APGME Travailleurs Non Salariés non agricoles (TNS) acquièrent à compter de leur adhésion au présent contrat, la qualité de membres participants de la Mutuelle.

#### Année d'adhésion

Période d'un an maximum qui sépare le 1<sup>er</sup> janvier (pour l'année d'adhésion : la date d'effet du contrat) du 31 décembre suivant.

#### Ayants-droit

- le conjoint de l'adhérent (à défaut son concubin ou la personne avec laquelle il est lié par un PACS) bénéficiant de prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français,
- les enfants à charge de l'adhérent, de son conjoint, de son concubin ou ceux de la per-

sonne liée à l'adhérent par un PACS, dès lors qu'ils bénéficient des prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français et qu'ils sont :

- considérés par la Sécurité sociale comme à leur charge en application de l'article L.313-3 du Code de la Sécurité sociale,
- âgés de moins de 24 ans finissant leur cycle secondaire,
- âgés de moins de 28 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, y compris dans l'Union Européenne, et sont affiliés à un régime obligatoire de protection sociale au titre du régime des étudiants ou des assurés volontaires,
- apprentis âgés de moins de 26 ans, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime de prévoyance au titre de leur activité salariée,
- âgés de moins de 26 ans titulaires d'un contrat d'adaptation, d'orientation, de qualification jeune, emploi-solidarité, contrat d'insertion dans la vie sociale (CIVIS), ou d'un contrat similaire, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime de prévoyance au titre de cette activité,
- handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire de la carte d'invalidé civil.

#### Base de remboursement (BR)

Prix unitaire de l'acte médical majoré ou minoré en fonction des codes associations et modificateurs retenus par la Sécurité sociale en vertu de la codification de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux). Elle sert de base au calcul de la prestation.

#### Bénéficiaires

L'Adhérent et les Ayants droit inscrits au certificat d'adhésion.

#### Carence

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'Adhésion.

#### Certificat d'adhésion

Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion à la présente convention de groupe et qui précise pour chacun des bénéficiaires les garanties souscrites et le niveau choisi.

### Conjoint

Époux ou épouse de l'adhérent, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) ou le(a) co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'adhérent, sous réserve qu'il soit inscrit sur le certificat d'adhésion.

### Dépassement d'honoraires

Différence entre les frais réels et le tarif de responsabilité ou base de remboursement de la Sécurité sociale.

### Forfait hospitalier

Forfait fixé par arrêté ministériel supporté par les personnes admises dans les Établissements hospitaliers ou médico-sociaux.

### Frais réels

Dépense réellement payée par les bénéficiaires de la garantie pour un acte médical donné.

### Garantie

Engagement de l'assureur, en contrepartie de la cotisation prévue sur le certificat d'adhésion, à verser une prestation à l'occasion d'évènements couverts par le contrat au cours de la période d'assurance.

### Hospitalisation

Séjour dans un établissement de soins public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident.

### Maladie

Altération de la santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations en nature du régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Sont considérées comme des maladies et non comme des accidents, les affections aiguës ou chroniques telles que lumbagos, tour de reins, sciatiques, déchirures, entorses, hernies (sauf si ces affections sont la conséquence directe d'un accident caractérisé).

### NOEMIE

« Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs ». Echanges d'informations entre les caisses nationales des régimes obligatoires d'assurance maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de la protection sociale.

### PMSS

Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

### Prestation

Exécution de la garantie par l'assureur, la prestation se caractérise, selon les cas, par le remboursement de dépenses de santé ou le versement d'indemnités forfaitaires.

### Régime Obligatoire (RO)

Le régime de la Sécurité Sociale français auquel est affilié le Bénéficiaire.

### Ticket Modérateur (TM)

Fraction de la Base de remboursement du régime obligatoire qui reste à charge du bénéficiaire.

## ARTICLE 3

### OBJET DU CONTRAT

L'objet du présent contrat est d'accorder aux « Travailleurs Non Salariés non agricoles » membres de l'APGME dans la limite des garanties et niveaux souscrits :

- le versement de prestations frais de santé complémentaires à celles versées par le Régime Obligatoire de Sécurité sociale du TNS ou de ses ayants droit.
- ainsi que des prestations d'assistance mises en oeuvre dans le cadre du contrat d'assistance souscrit par Mornay Mutuelle auprès d'EUROP ASSISTANCE.

La notice d'information du contrat d'assistance est annexée aux présentes.

## ARTICLE 4

### MODIFICATION DU CONTRAT

Les parties stipulent expressément que le présent contrat sera modifié afin d'être mis en conformité avec les exigences posées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » ou « aidés » et par ses décrets d'application.

Pour cela, MORNAY MUTUELLE adressera au souscripteur, dans les trois mois suivant la parution de ces textes au Journal Officiel, une lettre-avenant intégrant ces modifications réglementaires.

L'APGME devra annexer cette lettre-avenant au présent contrat et la transmettre à chacun de ses membres Travailleurs Non Salariés non agricoles adhérant au contrat pour qu'il l'annexe à son certificat d'adhésion et à la notice d'information, ou qu'il dénonce son adhésion conformément à l'article 12.

Si l'APGME n'accepte pas les modifications susvisées, elle a la faculté de résilier le présent

**contrat à effet immédiat par lettre recommandée avec accusé de réception.**

**Le non accomplissement de cette formalité dans les quinze jours suivant l'envoi de la lettre-avenant rend les modifications applicables de plein droit à la date d'effet figurant sur celle-ci.**

Les parties conviennent plus généralement que toute modification de la législation applicable au présent contrat, de même que toute modification de la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale qui aura pour conséquence une majoration des remboursements à la charge de la Mutuelle peut entraîner une révision immédiate du présent contrat et notamment des cotisations.

MORNAY MUTUELLE s'engage à adresser au souscripteur une lettre-avenant formalisant cette révision.

L'APGME devra annexer cette lettre-avenant au présent contrat et la transmettre à chacun de ses membres Travailleurs Non Salariés non agricoles adhérant au présent contrat pour qu'il l'annexe à son certificat d'adhésion et à la notice d'information, ou qu'il dénonce son adhésion conformément à l'article 12.

Si l'APGME n'accepte pas les modifications sus-visées, elle a la faculté de résilier le présent contrat à effet immédiat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le non accomplissement de cette formalité dans les quinze jours suivant l'envoi de la lettre-avenant rend les modifications applicables de plein droit à la date d'effet figurant sur celle-ci.

## **ARTICLE 5** **ADHÉSION AU CONTRAT**

### **Conditions d'adhésion**

Seuls les Travailleurs Non Salariés non agricoles (TNS), membres adhérents de l'APGME peuvent adhérer au présent contrat.

Les adhérents doivent :

- être âgés d'au moins 18 ans et d'au plus 65 ans à la date d'adhésion,
- relever d'un régime obligatoire d'assurance maladie français,
- avoir leur résidence principale et exercer leur activité professionnelle en France Métropolitaine,

### **Formalités d'adhésion**

Le TNS qui désire s'assurer doit remplir une deman-

de individuelle d'adhésion et fournir notamment :

- une copie de son attestation vitale,
- un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal pour le versement des prestations,
- un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal et une autorisation de prélèvement pour le paiement des cotisations,
- et s'il y a lieu, le certificat de radiation de l'organisme assureur de son précédent contrat de complémentaire santé.

### **Loi « Madelin »**

**Si le TNS souhaite adhérer au présent contrat dans le cadre de la loi « Madelin », il doit également joindre à sa demande d'adhésion une attestation de paiement de ses cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.**

L'adhésion au contrat est constituée :

- du certificat d'adhésion qui matérialise l'acceptation de la Mutuelle et qui précise notamment : le numéro d'adhésion, l'identité de l'adhérent et des autres bénéficiaires, le niveau de garantie choisi, la date d'effet de l'adhésion, le montant et la date d'exigibilité des cotisations ;
- des présentes conditions générales valant notice d'information remises à l'adhérent lors de la demande individuelle d'adhésion.
- des statuts de l'APGME et de ceux de la Mutuelle MORNAY.

### **Date d'effet - durée - renouvellement de l'adhésion au contrat**

La date d'effet retenue après acceptation de la Mutuelle est fixée au jour figurant sur le certificat d'adhésion. L'adhésion au présent contrat est effective à compter de cette date sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

En cas de défaut de paiement de tout ou partie de la cotisation, la date de prise d'effet des garanties est reportée à la date effective du paiement de la totalité de celle-ci.

L'adhésion au contrat est conclue pour une durée allant de la date d'effet définie ci-dessus jusqu'au 31 décembre suivant. Elle est reconduite ensuite pour un an par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sauf dénonciation par l'adhérent par lettre recommandée adressée au moins deux mois avant l'échéance.

Sous réserve des cas de cessation des garanties expressément et limitativement définis à l'article 11, l'adhésion au présent contrat collectif est viagère.

Elle se poursuivra donc postérieurement à la résiliation du présent contrat collectif, sans modification de garanties et sans hausse tarifaire qui ne serait pas justifiée par des résultats techniques déficitaires, l'indice CMT, l'âge des bénéficiaires et la modification de la Législation applicable.

#### **ARTICLE 6 FACULTÉ DE RENONCIATION**

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au contrat pendant les 30 jours qui suivent la date du premier versement.

**Pour ce faire, il doit envoyer au siège social de Mornay Mutuelle, BP 419 - 07504 Guilherand Granges cedex, une lettre recommandée avec avis de réception selon le modèle proposé ci-dessous.**

Modèle : « Je soussigné(e) (nom et prénom), né(e) le....., demeurant..... déclare renoncer expressément à la souscription du contrat d'assurance pour lequel j'ai versé ..... € en date du ..... entre les mains de M....., et demande le remboursement des sommes versées.

Fait à....., le..... et signature ».

**Les sommes versées à l'adhésion sont alors intégralement restituées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre.**

#### **ARTICLE 7 BÉNÉFICIAIRES**

Sont bénéficiaires de la garantie frais de santé :

- l'adhérent,
- ses ayants droit définis à l'article 2 de la présente convention dès lors qu'ils sont nominativement mentionnés sur le certificat d'adhésion.

En cours d'adhésion, l'Adhérent a la possibilité :

- **d'ajouter un bénéficiaire si ce dernier répond à la définition de l'ayant droit figurant à l'article 2.**

La modification est prise en compte le jour de la réception de la demande ou à une date ultérieure choisie par l'Adhérent à condition d'être compatible avec les dispositions du contrat et sous réserve de l'acceptation expresse de l'assureur.

Cependant, si cet ajout fait suite à un mariage, à la naissance ou à l'adoption d'un enfant, la modification prendra effet à la date de l'évé-

nement sous réserve que la demande soit faite moins de deux mois après cette date ; passé ce délai elle prendra effet le jour de la réception de la demande par l'assureur (le cachet de la poste faisant foi).

- **de radier un ayant-droit.**

La modification est prise en compte le jour de la réception de la demande ou à une date ultérieure choisie par l'Adhérent à condition d'être compatible avec les dispositions du contrat et sous réserve de l'acceptation expresse de l'assureur.

#### **ARTICLE 8 INFORMATIONS**

##### **Changement dans la situation des bénéficiaires**

L'Adhérent doit informer par lettre recommandée l'Assureur de tout changement le concernant ou concernant les autres bénéficiaires dans le mois suivant ce changement.

Il en est ainsi notamment en cas de changement :

- de nom,
- de profession,
- de statut professionnel,
- de situation matrimoniale,
- de situation familiale,
- de régime d'assurance maladie obligatoire,
- d'adresse (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets),

Ces modifications sont prises en compte au jour de la réception de la demande ou à une date ultérieure choisie par l'Adhérent dès lors que celle-ci est compatible avec les dispositions du Contrat et sous réserve de l'acceptation expresse de l'assureur.

##### **Loi « Madelin »**

**Les adhérents souhaitant bénéficier des dispositions de la loi Madelin doivent communiquer chaque année à la mutuelle l'attestation de paiement des cotisations à leurs régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.**

#### **ARTICLE 9 CHOIX DES GARANTIES**

Lors de son adhésion au présent contrat, l'Adhérent peut choisir entre 3 niveaux de garantie frais de santé :

« Essentiel », « Sérénité » ou « Prestige ».

Le niveau de garantie choisi par l'adhérent est identique pour l'ensemble des bénéficiaires de l'adhésion.

#### **Modification du niveau de garantie choisi.**

En cours d'adhésion, l'Adhérent peut changer de niveau de garantie .

Toutefois, il ne peut choisir un niveau offrant des garanties inférieures que s'il a été couvert pendant au moins 3 ans par le niveau de garantie qu'il veut abandonner.

En revanche, il peut opter pour un niveau de garantie supérieur dès sa deuxième année d'adhésion au présent contrat.

La modification de son adhésion qui résulte de ce changement prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant la notification à l'assureur de cette demande de modification par lettre recommandée avec accusé réception adressée au plus tard deux mois avant l'échéance.

Cette modification ne deviendra effective qu'à compter de son acceptation par l'assureur concrétisée par l'envoi d'un nouveau certificat d'adhésion.

### **ARTICLE 10 COTISATIONS**

Le certificat d'adhésion fixe la cotisation due par l'Adhérent ; elle est calculée selon les éléments suivants :

- âge atteint par l'adhérent et les autres bénéficiaires de la garantie frais de santé au début de chaque échéance annuelle,
- niveau de garantie souscrit,
- lieu de résidence de l'adhérent.

L'âge est calculé par différence de millièmes entre l'année en cours et l'année de naissance.

#### **Modalités de paiement des cotisations**

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique mensuel, trimestriel ou semestriel, le 10 du mois d'échéance de la cotisation.

La première est déterminée prorata temporis de la période d'adhésion.

#### **Révision des cotisations**

- sur décision de l'Assureur

En plus de la révision de cotisation liée à l'âge de l'adhérent et de ses ayants-droit, s'ajoute l'augmentation, observée ou prévisible, due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré ou à une modification des modalités de calcul ou des conditions d'attribution des prestations du Régime Obligatoire ou la mise en conformité avec les dispositions de l'Article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

La composition du groupe tient compte de l'âge, du domicile, de la composition de la famille assurée, du Régime Obligatoire et des garanties souscrites.

Les révisions de cotisations ont lieu chaque année au 1<sup>er</sup> janvier ou éventuellement en cours d'année si la participation à la charge des bénéficiaires venait à être augmentée par une modification du Régime Obligatoire ou en cas de modification dans la situation des Bénéficiaires [la nouvelle cotisation prendra effet à la date d'effet de ladite modification].

Au cas où il ne souhaiterait pas accepter cette révision, l'adhérent pourra résilier son adhésion dans les conditions de l'Article 12.

- en cas de modification de l'adhésion du fait de l'adhérent.

Pour toute modification du niveau de garantie souscrit, par l'adhérent, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge des bénéficiaires à la date de prise d'effet de cette modification.

#### **Non paiement des cotisations**

Conformément à l'article L.221-8-II du Code de la Mutualité, l'adhérent qui ne paie pas toutes ou partie de ses cotisations dans les dix jours suivant l'échéance est exclu des garanties. Cette exclusion intervient à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de la mise en demeure.

### **ARTICLE 11 CESSATION DES GARANTIES**

Les garanties cessent :

- à la date de résiliation de l'adhésion pour tous les bénéficiaires.
- pour tous les ayant droits de l'assuré, à la date à laquelle ils cessent de répondre à la définition prévue à l'article 2.

## ARTICLE 12

### INCIDENCES DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT OU DE L'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE

L'adhésion au présent contrat est viagère.

La résiliation de l'adhésion intervient :

- à l'**initiative de l'adhérent**
  - au 31 décembre de l'année civile en cours sous réserve qu'il en informe la mutuelle par lettre recommandée avec accusé réception adressée au moins deux mois avant cette date ;
  - à la date d'effet de la modification du présent contrat conformément aux articles 4 et 10, sous réserve qu'il en informe la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé réception dans un délai de 30 jours à compter respectivement de la remise de la notice lui notifiant ces modifications ou de l'envoi de l'avenant notifiant l'augmentation tarifaire (cachet de la poste faisant foi).
- de **plein droit** :
  - à la date à laquelle l'adhérent cesse de remplir les conditions définies à l'article 2 à savoir lorsqu'il :
    - perd la qualité d'adhérent à l'APGME,
    - cesse d'être Travailleur non Salarié,
    - cesse de relever d'un régime obligatoire d'assurance maladie français,
    - cesse de résider en France Métropolitaine,
    - n'exerce plus son activité professionnelle en France Métropolitaine,
  - en cas de décès de l'Adhérent : à la date de l'échéance de la prochaine cotisation.
- à l'**initiative de l'Assureur Uniquement**
  - en cas de non paiement des cotisations : 40 jours après l'envoi par la Mutuelle d'une lettre recommandée restée sans effet conformément aux dispositions de l'article 10.
  - en cas de fausse déclaration intentionnelle conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité.

La résiliation de l'adhésion est définitive. Elle rend impossible toute nouvelle adhésion de l'Assuré ou de l'un de ses ayants droit bénéficiaire de l'adhésion résiliée.

## ARTICLE 13

### RISQUES EXCLUS

**Sont exclus des garanties les frais résultant :**

- des conséquences et suites d'évènements occasionnés par des faits de guerre civile ou étrangère,
- des séjours en service de gérontologie, en institut médico-pédagogique et établissements similaires,
- des séjours en centre hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et des hospitalisations en centre de longs séjours,
- des hospitalisations pour motifs psychiatriques en établissements non conventionnés,
- de thalassothérapie,
- de traitements esthétiques non consécutifs à un accident,
- de l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales.

## ARTICLE 14

### CONTRÔLE MÉDICAL

L'Assureur pourra demander au Bénéficiaire ayant perçu des prestations, tout renseignement ou document qu'il jugera utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, le Bénéficiaire pourra les adresser sous pli confidentiel au Service Médical de l'Assureur.

**L'Assuré s'engage à ne pas opposer le secret médical à l'égard du Service Médical de l'Assureur.**

## ARTICLE 15

### TRAITEMENT DES CONTESTATIONS

L'Assuré qui conteste la décision de l'Assureur doit lui faire parvenir un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la révision de son dossier.

En cas d'accident ou de maladie atteignant le Bénéficiaire hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

**L'Assuré s'engage à ne pas opposer le secret médical à l'égard du Service Médical de l'Assureur.**

Le délai de réclamation sur les dossiers réglés est de 6 mois.

## ARTICLE 16

### MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

L'Assureur couvre dans la limite des garanties souscrites les dépenses de santé médicalement prescrites à caractère thérapeutique, ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un Régime Obligatoire, sauf désignation expresse figurant au tableau des garanties.

Pour permettre un remboursement, les soins doivent être engagés entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.

Les prestations sont basées sur la valeur de la Base de Remboursement ou toute autre participation fixée par la réglementation Sécurité sociale en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire et de tout autre organisme.

Si les remboursements du Régime Obligatoire sont modifiés au cours de l'année, l'Assureur se réserve le droit de conserver la base de remboursement qui était la sienne en valeur absolue avant ladite modification.

#### Étendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent dans le monde entier dès lors qu'il y a prise en charge par le Régime Obligatoire du Bénéficiaire. Les prestations sont remboursées en France et en euros.

## ARTICLE 17

### LIMITATIONS

Les remboursements sont plafonnés selon le niveau de garantie choisi, conformément au tableau des garanties et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes et notamment des prestations de la Sécurité sociale.

**Le cumul des divers remboursements obtenus par un Bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle.**

Les plafonds non atteints et les forfaits non utilisés en totalité ne donnent pas lieu à report sur les années suivantes.

#### CONCERNANT PLUS PARTICULIÈREMENT :

##### L'hospitalisation

- **Les séjours hospitaliers en secteur non conventionné** sont remboursés sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné.
- **Garantie maison de repos et assimilés** : les séjours en établissements climatiques, de réé-

ducation, de réadaptation et de diététique, les cures (à l'exclusion de la thalassothérapie) avec hospitalisation, les frais de maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés, les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues sont couverts sur la base de 100 % de la base de remboursement quelque soit la garantie souscrite y compris le forfait journalier à l'exclusion de la chambre particulière et déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire.

#### La psychiatrie

- **Les consultations en psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés sont prises en charge au titre des consultations de spécialistes dans la limite de 3 consultations par Bénéficiaire et par Année d'adhésion au présent contrat.**
- **Toute hospitalisation pour motif psychiatrique en établissements conventionnés est prise en charge dans la limite de 30 jours par Année d'adhésion sur la base de 100 % de la base de remboursement quelque soit la garantie souscrite y compris le forfait journalier à l'exclusion de la chambre particulière et déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire.**

#### Le dentaire

- **Les frais de prothèses dentaires non remboursés** par la Sécurité Sociale sont remboursés sous déduction du remboursement reconstitué de la Sécurité sociale.
- **Le remboursement maximum, par an et par bénéficiaire pour les prothèses dentaires, l'orthodontie et les implants dentaires est égal à 600 € pour l'Option ESSENTIEL, à 1000 € pour l'Option SERENITE et 1600 € pour l'Option PRESTIGE.**

#### L'optique

- **Forfait optique** : les verres, les montures, les lentilles et les dépenses liées à la chirurgie réfractive par laser pour le traitement de la myopie sont pris en charge dans la limite des forfaits prévus au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

**Sont exclus de la garantie « frais de santé » les lentilles de couleur non correctrices ainsi que tous les produits d'entretien.**

**Il n'est versé qu'un seul forfait pour chaque poste par Bénéficiaire et par Année d'adhésion au présent contrat.**

### La maternité

- **Prime de naissance** : la naissance ou l'adoption d'un enfant font l'objet du versement d'une prime selon le niveau choisi. Elle est versée à l'Adhérent.

**Si l'Adhérent et son Conjoint sont Bénéficiaires, il n'est versé qu'une seule prime.**

### Le thermalisme

- **Forfait cure thermale** : le remboursement des frais de cure thermale (pris en charge par le Régime Obligatoire) est pris en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

**Le versement du forfait exclut le remboursement de tout autre frais.**

**Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion au présent contrat.**

### Le Forfait vaccins

- **Les dépenses liées à la réalisation de vaccins** médicalement prescrits et non remboursés par le Régime Obligatoire sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

**Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion au présent contrat.**

### La Médecine naturelle : Ostéopathes, chiropracteurs

- **Les dépenses liées à la médecine naturelle** sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

**Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion au présent contrat.**

## ARTICLE 18

### DÉLAIS DE CARENCE

L'Adhérent ayant déclaré lors de l'adhésion avoir bénéficié de garanties « complémentaire santé » supérieures ou égales au cours du mois précédant la date de prise d'effet des garanties devra joindre à sa demande d'adhésion une copie du certificat de radiation et des documents indiquant le niveau et le contenu des garanties du précédent contrat.

Dans cette hypothèse, aucun délai de carence ne sera appliqué.

Si l'Adhérent ne peut fournir les documents susmentionnés justifiant le niveau de garantie

supérieure ou égale du précédent contrat, les délais de carence suivants sont appliqués sauf pour les enfants à condition qu'ils soient inscrits dans les deux mois qui suivent leur naissance ou leur adoption.

### L'hospitalisation

- hospitalisation non consécutive à un accident : 3 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion du bénéficiaire,
- chambre particulière non consécutive à un accident : 3 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion du bénéficiaire,
- lit d'accompagnant « Enfant de moins de 12 ans » non consécutive à un accident : 3 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion du bénéficiaire.

### Le dentaire

- frais de prothèses remboursés ou non remboursés par le Régime Obligatoire : 6 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion du bénéficiaire,
- frais d'orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire : 6 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion du bénéficiaire.

### L'optique

- tous forfaits optiques : 6 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion du bénéficiaire.

### La maternité :

- prime de naissance : 9 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion du bénéficiaire.

### Le Forfait vaccins :

- vaccin non remboursé : 3 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion du bénéficiaire.

Les délais de carence précités s'appliquent non seulement lors de l'adhésion mais aussi lors d'une modification de celle-ci si la couverture frais de santé est améliorée.

Dans ce cas le remboursement des frais engagés, pendant la période de carence, s'effectue sur la base de la garantie antérieure.

## ARTICLE 19

### JUSTIFICATION DES DÉPENSES

Les originaux des pièces suivantes doivent être adressés à l'assureur dans les 6 mois qui suivent le paiement du Régime Obligatoire ou l'arrivée d'un enfant :

- les décomptes originaux du Régime Obligatoire (si l'assuré n'opte pas pour la Télétransmission),

- les notes ou factures originales acquittées (détaillant les actes et prestations réalisés),
- accord de prise en charge pour la cure thermique,
- la prescription médicale pour la médecine naturelle, les vaccins et la contraception,
- les décomptes établis par d'autres organismes d'assurance,
- une copie du livret de famille pour la prime de naissance,
- un certificat d'adoption plénière pour l'adoption.

#### **ARTICLE 20**

##### **SUBROGATION**

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au Bénéficiaire.

#### **ARTICLE 21**

##### **PRESCRIPTION BIENNALE**

Selon les termes des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans, à compter de l'évènement qui y donne naissance.

#### **ARTICLE 22**

##### **INFORMATIQUE ET LIBERTÉ**

Pour la constitution de leurs fichiers, chacune des Parties s'engage à respecter les dispositions de la loi du 6 janvier 1978 « informatique et libertés » et déclare qu'elle a dûment procédé à la déclaration de traitement auprès de la CNIL. Conformément à la loi, l'Adhérent, et les autres bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et le cas échéant, de rectification de toutes les informations les concernant figurant sur les fichiers de l'Assureur en s'adressant par écrit au siège social de Mornay Mutuelle ou du Souscripteur.

Les informations recueillies sont indispensables pour l'enregistrement et la gestion des adhésions au présent contrat.

#### **ARTICLE 23**

##### **AUTORITÉ DE CONTROLE**

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



## ANNEXE

### NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT MORNAY TNS ASSISTANCE enregistré sous le numéro N51

La présente annexe constitue la notice d'information du contrat MORNAY TNS ASSISTANCE souscrit par MORNAY MUTUELLE auprès de la SA EUROP ASSISTANCE Société Anonyme au capital de 23 601 857 € Entreprise régie par le Code des Assurances - RCS Nanterre 451 366 405 et dont le siège social se trouve, 1 Promenade de la Bonnette - 92230 GENNEVILLIERS.

Elle détermine les prestations d'assistance qui sont garanties et mises en oeuvre par EUROP ASSISTANCE, aux adhérents du contrat « MORNAY TNS SANTE » assuré par MORNAY MUTUELLE.

Dans le texte qui suit :

- les termes « nous » et « MORNAY TNS ASSISTANCE » désignent EUROP ASSISTANCE,
- le terme « vous » désigne les « bénéficiaires ».

#### RÈGLES À OBSERVER IMPÉRATIVEMENT EN CAS D'ASSISTANCE :

Pour nous permettre d'intervenir, il est nécessaire :

- de nous joindre sans attendre par téléphone, par télécopie ou par télex,
- d'obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- de vous conformer aux solutions que nous préconisons,
- de nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

En cas de fausse déclaration, MORNAY TNS ASSISTANCE se réserve le droit de prendre toutes dispositions relatives à ses obligations pour les contrats en cours et, le cas échéant, d'en refuser le remboursement.

Les prestations ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable d'EUROP ASSISTANCE. Les bénéficiaires devront se conformer aux solutions préconisées par EUROP ASSISTANCE et lui fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

**Toute dépense engagée sans cet accord ne donnera lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.**

## 1. DÉFINITIONS ET DOMAINE D'APPLICATION DE LA GARANTIE

### ARTICLE 1.1 BÉNÉFICIAIRES

- la personne physique, Travailleur non salarié non agricole (TNS) lors de son adhésion et adhérent au contrat MORNAY TNS SANTE,
- et sous réserve qu'ils bénéficient du contrat frais de santé :
  - son conjoint ou à défaut son concubin ou la personne avec laquelle l'adhérent est lié par un Pacte Civil de Solidarité, et vivant sous le même toit,
  - leurs enfants de moins de 28 ans.

### ARTICLE 1.2 DOMICILE

Le lieu de résidence principale et habituelle. Il doit être situé en France.

### ARTICLE 1.3 ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle portée au « bénéficiaire » résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

### ARTICLE 1.4 MALADIE

Toute altération soudaine et imprévisible de la santé médicalement constatée entraînant une hospitalisation dans un établissement public ou privé, ou une immobilisation au domicile.

### ARTICLE 1.5 SINISTRE

Tout incendie, explosion, dégâts des eaux, vol, vandalisme ou phénomène naturel atteignant le « local professionnel garanti ».

### ARTICLE 1.6 LOCAL PROFESSIONNEL GARANTI

On entend par « local professionnel garanti » le local correspondant au siège social de l'entreprise du travailleur non salarié dont l'adresse est expressément précisé au contrat Mornay TNS Santé, situé en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco.

### ARTICLE 1.7 FRANCE

Par "France" on entend dans la présente conven-

tion la France métropolitaine et la Principauté de Monaco.

#### **ARTICLE 1.8**

##### **ÉTRANGER**

On entend par « étranger » le Monde entier à l'exclusion de la « France ».

**Sont exclus les pays en état de guerre civile ou étrangère ou subissant des événements tels qu'émeutes, instabilité politique notoire, mouvements populaires, actes de terrorisme, représailles, restrictions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique.**

#### **ARTICLE 1.9**

##### **COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE**

Les prestations d'assistance décrites dans la présente convention sont fournies exclusivement en France, à l'exception des prestations prévues à l'article 4 « prestations d'assistance médicale » valables en France et à l'étranger, dans le cadre des déplacements privés ou professionnels, dont la durée ne dépasse pas 90 jours consécutifs.

#### **ARTICLE 1.10**

##### **VALIDITÉ DE LA GARANTIE**

La validité de la garantie "assistance" est liée à la validité du contrat collectif « MORNAY TNS SANTE ». La garantie d'assistance prend effet à la date d'effet du contrat collectif « MORNAY TNS SANTE » dont elle est une garantie en inclusion. Elle arrive à échéance, elle est renouvelée, annulée, suspendue ou résiliée à la même date et dans les mêmes conditions que le contrat « MORNAY TNS SANTE ».

## **2. SERVICE ALLO INFOS PRO**

#### **ARTICLE 2.1**

##### **INFORMATIONS PROFESSIONNELLES**

Sur simple appel téléphonique, de 8h00 à 19h00, sauf les dimanches et jours fériés, nous recherchons les informations à caractère documentaire destinées à vous orienter dans vos démarches professionnelles. Si une réponse ne peut être apportée immédiatement, nous effectuons les démarches nécessaires et rappelons dans les meilleurs délais.

Ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66-1 de la loi du 31 décembre 1971. Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juri-

diques. Selon les cas, nous vous orienterons vers les organismes ou les professionnels susceptibles de vous répondre.

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.**

#### **2.1.1. Domaine commercial et des sociétés**

- baux commerciaux,
- locaux d'habitation/locaux professionnels,
- acquisition, construction,
- effets de commerce,
- les différentes formes d'entreprises et de sociétés (EURL, SARL, SELARL, entreprise individuelle, SNC, SCI...)
- les différents statuts et régimes commerciaux (franchise, licence, sous-traitance...),
- les professions commerciales et industrielles, les professions artisanales,
- les assurances professionnelles,
- aide-mémoire des formalités et actes administratifs,
- les délais de paiement entre les entreprises,
- la création d'entreprise.

#### **2.1.2. Création d'entreprise**

- Les CFE (Centres de formalités des entreprises),
- les aides sociales liées à l'embauche (exonérations...),
- les aides fiscales à la création (exonérations...),
- les différentes aides à l'installation, les subventions (ANVAR...),
- les démarches à effectuer pour protéger des brevets d'inventions, marques, dessins et modèles.

#### **2.1.3. Domaine judiciaire**

À qui vous adresser ?

- les juridictions commerciales,
- les juridictions civiles,
- les juridictions administratives,
- les juridictions pénales,
- les auxiliaires de justice,
- l'aide juridictionnelle,
- les amendes pénales,
- les procédures et voies d'exécution.

#### 2.1.4. Domaine social

- les différents régimes de protection sociale (salariés, artisans-commerçants, professions libérales...),
- la protection sociale des dirigeants,
- les obligations des employeurs,
- les différentes formes de contrats de travail le travail à domicile,
- le travail temporaire,
- travailler à l'étranger,
- les aides à l'embauche,
- l'employeur et la maladie du salarié,
- les différentes formes de licenciement (procédures, indemnités...),
- le chômage (allocations...),
- les accidents du travail,
- les prestations familiales,
- la retraite,
- les préretraites,
- les pensions de réversion (salariés, non salariés...),
- le conjoint du dirigeant.

#### 2.1.5. Domaine fiscal

- traitements et salaires,
- revenus fonciers,
- la fiscalité de la rémunération des dirigeants,
- la détermination du bénéfice imposable (BIC, BNC),
- plus-values,
- impôts locaux,
- impôts sur les sociétés,
- impôt de solidarité sur la fortune,
- taxe d'apprentissage,
- taxe professionnelle,
- contentieux de l'impôt,
- TVA.

#### 2.1.6. Domaine de l'enseignement/formation

- l'apprentissage,
- la formation professionnelle,
- les congés de formation des salariés.

#### 2.1.7. Domaine : indices et chiffres de référence

- SMIC,
- coût de la construction,,
- INSEE, etc...

#### 2.1.8. Déplacements professionnels

- décalage horaire,
- adresses, ambassades, consulats,
- coordonnées et horaires des compagnies aériennes,
- coordonnées et horaires des aéroports,
- cours indicatifs des monnaies,
- jours fériés à l'étranger,
- vaccinations obligatoires,
- renseignements touristiques (climat, période conseillée...),

Il s'agit d'une liste non exhaustive des différents thèmes pouvant être abordés dans notre service « informations professionnelles ».

### **3. PRESTATIONS D'ASSISTANCE AU LOCAL PROFESSIONNEL ET A LA VIE PROFESSIONNELLE**

#### ARTICLE 3.1

#### **ASSISTANCE AU LOCAL PROFESSIONNEL GARANTI**

##### 3.1.1. Aide à la recherche de prestataire

Si vous souhaitez faire effectuer des travaux de réparation dans votre local professionnel : nous recherchons les coordonnées de professionnels dans les domaines suivants : serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie, chauffage, menuiserie

Dans tous les cas, la rémunération des professionnels (coût de réparation et de déplacement notamment) reste à votre charge.

Horaires : ce service est accessible de 9h00 à 18h00 sauf dimanches et jours fériés.

**Nous ne sommes en aucun cas responsable des tarifs pratiqués et travaux effectués par le ou les prestataires concernés.**

##### 3.1.2. Avis technique sur devis

Si vous souhaitez effectuer des travaux d'aménagement ou de rénovation de votre local professionnel (peinture, plomberie, serrurerie, tapisserie, moquette, carrelage, électricité, chauffage, entretien mais hors gros œuvre) et vous souhaitez avoir un avis technique sur le devis dont vous disposez, nous vous mettons en relation avec un professionnel du chiffrage.

Dans les 48 heures suivant la réception du devis par fax ou courrier, le professionnel vous donnera son avis sur le chiffrage en référence aux prix moyens pratiqués sur le marché.

À votre demande, il pourra vous mettre en relation avec plusieurs entreprises susceptibles de réaliser les travaux.

#### **Horaires :**

ce service est accessible de 9h00 à 18h00 sauf dimanches et jours fériés.

### **ARTICLE 3.2**

#### **ASSISTANCE EN CAS D'INCENDIE, EXPLOSION, DEGATS DES EAUX, VOL, VANDALISME OU PHENOMENE NATUREL ATTEIGNANT LE LOCAL PROFESSIONNEL**

##### **3.2.1. Gardiennage du local professionnel**

Si à la suite d'un sinistre votre local professionnel doit faire l'objet d'une surveillance pour la sécurité des biens qu'il contient :

Nous organisons et prenons en charge à concurrence de 48 heures maximum la présence d'un vigile ou d'un gardien afin de surveiller les lieux venant de subir un sinistre et de préserver les biens.

### **ARTICLE 3.3**

#### **ASSISTANCE EN CAS DE CESSATION DE L'ACTIVITÉ DU BÉNÉFICIAIRE CONSÉCUTIVE À UNE INCAPACITÉ DU BÉNÉFICIAIRE SUITE À MALADIE OU BLESSURE**

##### **3.3.1. Organisation et prise en charge du voyage d'un proche pour la poursuite de l'activité**

Nous organisons et prenons en charge en France le voyage aller/retour d'une personne que vous aurez désignée, en train 1<sup>ère</sup> classe ou avion de ligne classe économique, afin que son aide professionnelle permette la poursuite de l'activité de l'entreprise.

Les honoraires de ce personnel sont à votre charge.

Nous réclamerons au bénéficiaire les justificatifs de l'arrêt de travail.

##### **3.3.2. Aide à la recherche d'un remplaçant provisoire ou de personnel intérimaire**

En cas de maladie ou d'accident du TNS ou de l'un de ses salariés impliquant un arrêt de travail d'une durée supérieure à 3 jours, nous mettons tout en oeuvre pour rechercher et communiquer au bénéficiaire les coordonnées d'une agence intérim proche du lieu de travail et disposant du personnel qualifié apte à réaliser des travaux de remplacement.

Nous nous réservons un délai de 48 heures, compté des heures d'ouverture du service d'assistance à la personne (de 8H à 19H du lundi au samedi hors jours fériés) afin de rechercher le prestataire.

Tous les coûts, notamment, le coût du salaire, les charges, les frais facturés par l'agence d'intérim ainsi que les frais de restauration restent à la charge du TNS pendant toute la durée de la mission.

Nous réclamerons au TNS les justificatifs de l'arrêt de travail de plus de 3 jours.

## **4. PRESTATIONS D'ASSISTANCE MÉDICALE**

### **ARTICLE 4.1**

#### **ASSISTANCE LORS D'UN DÉPLACEMENT PROFESSIONNEL OU PRIVÉ, EN FRANCE OU À L'ÉTRANGER**

##### **4.1.1. Assistance en cas de maladie ou blessure d'un bénéficiaire**

Vous êtes malade ou blessé en France ou dans l'un des pays prévus à l'article 1.8 : nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui vous a pris en charge à la suite de la maladie ou de l'accident.

Nos médecins recueillent toutes les informations nécessaires à la décision qui doit être prise dans votre intérêt médical, auprès du médecin local, éventuellement auprès du médecin traitant habituel.

Les informations recueillies nous permettent, après décision de nos médecins de déclencher et d'organiser, en fonction des seules exigences médicales :

- soit votre retour à votre domicile,
- soit votre transport, le cas échéant, sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de votre domicile, par avion sanitaire, avion de lignes régulières, wagon-lits, train couchette 1<sup>ère</sup> classe (couchette ou place assise) ambulance, ou véhicule sanitaire léger.

**Il est à cet égard expressément convenu que la décision finale appartient à nos médecins, et ce, afin d'éviter tout conflit d'autorité médicale.**

Dans certains cas, votre sécurité peut nécessiter un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche de votre domicile.

Seuls votre intérêt médical 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.

**Par ailleurs, dans le cas où vous refusez de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, vous nous déchargez expressément de toute responsabilité, notamment en cas de retour par vos propres moyens, ou encore, en cas d'aggravation de votre état de santé.**

#### **4.1.2. Présence hospitalisation**

Si vous êtes hospitalisé sur place, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu(e) lors d'un déplacement en France ou à l'étranger et que nos médecins jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que votre retour ne peut se faire avant 10 jours, nous organisons et prenons en charge le voyage aller et retour par train en première classe ou par avion en classe économique d'une personne de votre choix, depuis son domicile en France, afin qu'elle se rende à votre chevet au lieu d'hospitalisation.

#### **4.1.3. Accompagnement des enfants**

Lorsque, malade ou blessé, vous vous trouvez dans l'impossibilité de vous occuper des enfants de moins de 15 ans qui voyageaient avec vous, nous organisons et prenons à notre charge le voyage aller et retour d'une personne choisie par vous ou par votre famille (ou, le cas échéant, d'une hôtesse d'EUROP ASSISTANCE), pour ramener les enfants à votre domicile.

Les billets des enfants restent à votre charge.

#### **4.1.4 Remboursement complémentaire des frais médicaux à l'étranger**

Avant de partir à l'étranger, nous vous conseillons de vous munir des formulaires adaptés à la nature et à la durée de votre séjour, ainsi qu'au pays dans lequel vous vous déplacez, et ce, afin de pouvoir bénéficier, en cas de maladie ou d'accident d'une prise en charge directe de vos frais médicaux.

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement à l'étranger et vous devez engager des frais médicaux à l'étranger à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu(e) sur ce territoire.

Nous vous remboursons le montant des frais médicaux engagés à l'étranger restant à votre charge après remboursement effectué par la sécurité sociale et/ou tout autre organisme de

prévoyance dans la limite de 5000 TTC Euros maximum par événement, sous réserve d'une franchise de 30 Euros TTC par dossier.

Vous vous engagez à cette fin à effectuer, dès votre retour en France toutes démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés. Nous procédons au remboursement tel que défini ci-dessus à condition que vous nous communiquiez les documents suivants :

- les décomptes originaux des organismes sociaux et/ou de prévoyance justifiant des remboursements obtenus.
- les photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées.

#### **Nature des frais ouvrant droit à remboursement complémentaire**

- honoraires médicaux,
- frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- frais exposés pour les petits soins d'urgence dentaires à concurrence de 70 Euros TTC par bénéficiaire et par événement,
- frais d'ambulance ordonnée par un médecin pour un trajet local,
- frais d'hospitalisation, à condition que vous soyez jugé intransportable par décision prise d'un commun accord entre nos médecins et le médecin traitant.

Cette prise en charge des frais d'hospitalisation cesse à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre rapatriement, même si vous décidez de rester sur place.

#### **4.1.5 Avance sur frais d'hospitalisation à l'étranger**

Vous êtes hospitalisé à la suite d'une maladie ou d'une blessure lors d'un déplacement à l'étranger. Nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de 5000 Euros TTC maximum, sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- pour les soins prescrits en accord avec nos médecins,
- à condition que vous soyez jugé intransportable par nos médecins. Cette décision est prise après recueil d'informations auprès du médecin local.

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

même si vous décidez de rester sur place.

Dans tous les cas, vous vous engagez à nous rembourser cette avance 30 jours après réception de notre facture. Cette obligation s'applique même si vous avez engagé les procédures de remboursement visées au paragraphe 4.1.4 « Remboursement complémentaire des frais médicaux ».

Dès que ces procédures aboutiront, nous prendrons en charge la différence entre le montant de l'avance que vous nous aurez remboursée et le montant des sommes perçues auprès des organismes sociaux et/ou de prévoyance, dans les conditions et à concurrence de 5000 Euros TTC et sous réserve que vous nous communiquiez les documents mentionnés à ce même paragraphe.

## 5. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### ARTICLE 5.1 EXCLUSIONS

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

Sont exclus :

- 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 le bénéficiaire y participe en qualité de concurrent,
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement ou son séjour,
- les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement,
- les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées avant le déplacement,
- les maladies et blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
- les affections, lésions et/ou maladies mentales consécutives à l'usage de drogues non prescrites médicalement,
- les conséquences spécifiques des états de grossesse, à moins d'une complication nette et imprévisible et, dans tous les cas, les états de grossesse à partir de la 28<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée,
- les frais d'optique : lunettes, verres de contact, appareillages médicaux et prothèses,
- les frais de cure thermale,
- 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 frais de bilans de santé et de traitements médicaux ordonnés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie ou à un accident survenu à l'étranger,
- les frais liés à une maladie ayant nécessité une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance ou à une maladie mentale ayant déjà fait l'objet d'un traitement, ou à l'usage de drogues non prescrites médicalement,
- les frais occasionnés par le diagnostic ou le traitement d'un état de grossesse déjà connu avant la date de prise d'effet de la convention, à moins d'une complication nette et imprévisible et, dans tous les cas, les frais afférents aux états de grossesse à partir de la 28<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée,
- 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 de restaurant,
- les frais engagés sans notre accord préalable,
- toute prestation non expressément prévue par les clauses de la présente convention,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les sinistres consécutifs à une négligence grave ou à un défaut d'entretien,
- les sinistres répétitifs causés par la non-remise en état de local professionnel après une première intervention de notre part,
- les frais de carburant et de péage.

### ARTICLE 5.2

#### CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

Le fait de grève ne constitue pas une raison de déclenchement de nos services et ne peut donner lieu à aucun remboursement.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements :

- à l'exécution des prestations dues à des événements tels que : guerre civile ou étrangère, instabilité politique notoire, émeutes, actes de terrorisme, mouvements populaires, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens que celle-ci soit nominative ou générale, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou autre cas de force majeure.
- ni retard dans l'exécution résultant des mêmes causes.

### **ARTICLE 5.3**

#### **SUBROGATION**

Conformément à l'article L121-12 du Code des Assurances, nous sommes subrogés à concurrence des indemnités payées et des services fournis par nous dans les droits et actions du bénéficiaire ou de son représentant contre toute personne responsable des faits ayant motivé notre intervention.

Dans le cas où il s'avérerait a posteriori que nous aurions été amenés à déclencher une intervention alors que le bénéficiaire n'était plus ou pas adhérent, les frais engagés lui seraient refacturés, de même s'il avait volontairement fourni de fausses informations sur les causes l'amenant à demander notre intervention, alors que les faits réels n'auraient pas dû donner droit à notre intervention.

### **ARTICLE 5.4**

#### **PRESCRIPTION**

Conformément à l'article L.114-1 du Code des Assurances, toute action dérivant de la présente convention est prescrite dans un délai de deux ans à compter d'événement qui y donne naissance.

### **ARTICLE 5.5**

#### **AUTORITÉ DE CONTRÔLE**

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



**APGME**  
ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE DU GROUPE MORNAY EUROPE  
ASSOCIATION RÉGIE PAR LA LOI DU 1<sup>ER</sup> JUILLET 1901.  
SIÈGE SOCIAL : 5 A 9 RUE VAN GOGH - 75391 PARIS CEDEX 12



**EUROP ASSISTANCE**  
SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 23 601 857 € - ENTREPRISE RÉGIE  
PAR LE CODE DES ASSURANCES - 451 366 405 RCS NANTERRE SIÈGE SOCIAL :  
1, PROMENADE DE LA BONNETTE - 92230 GENNEVILLIERS



**MORNAY MUTUELLE**  
MUTUELLE SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ,  
INSCRITE AU REGISTRE NATIONAL DES MUTUELLES SOUS LE N° 344 033 360  
SIÈGE SOCIAL : BP 419 - 07504 GUIHERAND GRANGES CEDEX

