

NOTICE D'INFORMATION VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES

relative au contrat d'assurance VISTELIA souscrit par GPMA, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - 7 boulevard Haussmann 75447 Paris Cedex 09, auprès de L'ÉQUITÉ, entreprise régie par le Code des Assurances, SA au capital de 18 469 320 €, inscrite au RCS de Paris sous le n° B 572 084 697 - 7 boulevard Haussmann - 75442 PARIS CEDEX 09, société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

PREAMBULE

Le contrat d'assurance VISTELIA est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des Assurances et la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Il est souscrit par GPMA (Groupement Prévoyance Maladie Accident), ci-après dénommé « le Souscripteur », auprès de la compagnie L'ÉQUITÉ - 7 boulevard Haussmann - 75442 PARIS CEDEX 09 ci-après dénommée « l'Assureur », au profit de ses adhérents.

Les garanties du contrat VISTELIA sont gérées dans le cadre des conventions suivantes :

- convention n° AC482435 ou AC482436 pour les adhérents Salariés,
- convention n° AC482434 ou AC482437 pour les adhérents Travailleurs Non Salariés.

Le contrat groupe se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'assuré, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites
- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursements et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat groupe auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le contrat groupe est soumis à la Loi Française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

> Date d'effet - Renouvellement

Le contrat groupe prend effet le 01/04/2012. Il est conclu pour une première période allant jusqu'au 31 décembre 2013. Il se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1er janvier.

> Résiliation ou modification du contrat groupe

Le contrat groupe conclu peut être résilié ou modifié par lettre recommandée par l'une ou l'autre des parties moyennant un préavis de deux mois.

Les adhérents seront informés par l'association GPMA, par écrit, de la résiliation ou de la modification.

En cas de résiliation :

- aucune adhésion nouvelle ne peut plus être acceptée à compter de la date de résiliation,
- en ce qui concerne les adhésions en cours, les dispositions contractuelles restent en vigueur, sous réserve du paiement des cotisations.

Le Souscripteur s'engage à maintenir dans le présent contrat la totalité des adhésions enregistrées par l'Assureur à cette date, jusqu'à l'extinction de l'encours garanti.

> Radiation des adhésions

Un adhérent est radié de plein droit et son contrat prend fin entraînant la cessation des garanties :

- En cas de perte, quelle qu'en soit la cause, de sa qualité d'adhérent de l'Association,
- Dans tous les autres cas prévus par l'article « RÉSILIATION DU CONTRAT » de la présente Notice d'Information.

La radiation est sans effet sur les prestations en cours ou acquises qui seront versées sur les bases contractuelles.

OBJET DE L'ADHESION

La présente adhésion a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité engagés par les assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s).

La présente adhésion est dénommée ci-après le contrat.

CONDITIONS D'ADHESION

L'admission à la présente assurance en qualité d'Assuré est réservée aux personnes physiques adhérentes à l'Association GPMA et âgées de moins de 80 ans à la date de signature de la demande d'adhésion.

MODALITÉS D'ADHESION

Le demandeur, après avoir pris connaissance de la présente notice et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il devra désigner ses éventuels ayants droit, parmi :

- son conjoint,
- ses enfants,
 - âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire,
 - âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
 - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
 - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
 - sans limite d'âge en cas de situation de handicap reconnue et justifiée.
- les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'adhérent ou celui de son conjoint.

Le demandeur a le choix entre 6 niveaux de garanties dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties.

Les garanties choisies seront ensuite identiques pour les ayants droit.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, quelles que soient les garanties choisies.

En adhérant au contrat VISTELIA, le demandeur devient adhérent de l'Association GPMA dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée lors de la 1^{ère} échéance. A ce titre, un exemplaire des statuts de l'Association lui est remis lors de son adhésion.

PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le contrat est réputé conclu à la date d'émission du certificat d'adhésion. La date d'effet du contrat est celle figurant sur le certificat d'adhésion ; elle est toujours fixée au premier jour du mois en cours, si elle est réceptionnée au plus tard le 15 du mois et reportée au 1^{er} du mois suivant passé ce délai.

La date d'échéance du contrat est le 31 décembre de l'année civile. Ainsi en cas d'adhésion prenant effet à une date autre que celle du 1^{er} janvier, l'adhésion est conclue pour une première période, inférieure à une année, courant de la date d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année. Il est ensuite reconduit pour une durée annuelle avec une possibilité de résiliation, à la date d'échéance du contrat ou en cours d'année comme précisé au paragraphe « RÉSILIATION DU CONTRAT ».

Ainsi, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'expresse condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès l'adhésion.

DECLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'adhérent pour son compte et celui de ses ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'adhérent doit fournir des réponses exactes.

▪ À l'adhésion

L'adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

▪ En cours de contrat

L'adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :

- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à un an,
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Ces événements doivent être signalés dans un délai de 15 jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, le contrat est nul et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier le contrat avec un préavis de 10 jours en restituant à l'adhérent le prorata de prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'assuré.

CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

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

Ainsi, dans le cadre du parcours de soins, le contrat doit notamment prendre en charge :

- Au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale des honoraires des médecins,
- Au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour les médicaments à vignette blanche remboursés à 65 % par la Sécurité sociale,
- Au moins 35 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour les frais d'analyse ou de laboratoire,
- La totalité du ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention figurant sur la liste ministérielle du 8 juin 2006.

Le cas échéant, les taux de prise en charge minimale mentionnés ci-dessus sont réduits afin que notre prise en charge ne puisse excéder les frais exposés.

Dans le cadre du dispositif législatif relatif aux «contrats responsables», le contrat ne rembourse pas les frais supplémentaires à la charge de l'assuré du fait du non respect du parcours de soins, à savoir :

- La majoration du ticket modérateur en application de l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant,
- Les dépassements d'honoraires prévus à l'article L 162-5-18 du Code de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, le contrat ne prend pas en charge :

- La contribution forfaitaire mentionnée au II de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- Le montant de la franchise instaurée en application du III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolution de la réglementation régissant les «contrats responsables», les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'adhérent.

CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés ou ayants droit d'un affilié à un Régime Obligatoire français.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du contrat sont acquises immédiatement, sans délai de carence, à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime et de la signature de la demande d'adhésion.

ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties d'assurance (frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation) s'exercent en France métropolitaine et dans la principauté de Monaco.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'assuré s'applique. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en Euros.

GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Le contrat VISTELIA comporte six niveaux de garanties. Pour chacun des niveaux, le tableau des garanties précise la nature, les montants de remboursements ainsi que les plafonds éventuels.

Dans les conditions et limites figurant dans le tableau de garanties, nous garantissons les frais engagés dans les postes suivants :

- Hospitalisation médicale et chirurgicale
- Soins médicaux conventionnés
- Pharmacie
- Optique
- Dentaire
- Médecines douces
- Allocation naissance ou adoption
- Cures thermales
- Actes de prévention dans le cadre du contrat dit responsable

Les montants de remboursements sont exprimés, suivant le cas :

- en pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire (RO) : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,
- en Frais réels (FR),
- en montant annuel exprimé en Euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie par année d'assurance et par bénéficiaire et ne peuvent être dépassés. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Dans les conditions et limites de remboursements des garanties choisies et mentionnées au certificat d'adhésion, l'assureur peut prendre en charge :

- les frais ayant préalablement donné lieu à un remboursement par le Régime Obligatoire d'Assurance maladie français,
- les frais non remboursés par le Régime obligatoire mais prescrits médicalement, faisant l'objet d'une prise en charge.

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garanties joint au contrat et détaillé plus précisément ci-dessous pour les postes optique et dentaire :

- Bonus Optique :

Le bonus optique permet de bénéficier à l'échéance anniversaire du contrat, à partir de la 2^{ème} année d'assurance, d'une majoration du remboursement optique pour le forfait verres, montures et lentilles acceptées par le RO et pour les lentilles jetables ou refusées par le RO.

- Bonus et plafond Dentaire :

Le bonus dentaire permet de bénéficier à l'échéance anniversaire du contrat, à partir de la 2^{ème} année d'assurance, d'une majoration du remboursement dentaire pour les frais de prothèses dentaires et d'orthodontie, acceptés par le RO.

Le plafond dentaire est également majoré à l'échéance anniversaire du contrat, à partir de la 2^{ème} année d'assurance.

Le tarif de référence pour le calcul des prestations est celui en vigueur à la date des soins.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

LIMITES PARTICULIERES DE GARANTIES

> Limitation de l'hospitalisation en milieu spécialisé (Psychiatrie et assimilée)

L'hospitalisation en service psychiatrique, les cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie sont prises en charge dans la limite de 30 jours par année d'assurance et par assuré. La prestation est versée selon la formule souscrite sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire avec prise en charge du forfait hospitalier et de la chambre particulière.

> Limitation de l'hospitalisation à domicile, des maisons de repos

L'hospitalisation à domicile ou les maisons de repos, avec accord de la Sécurité sociale, sont prises en charge dans la limite de 60 jours par année d'assurance et par assuré (sur la base du tarif de convention et sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire).

> Limitation des consultations et visites de généralistes ou spécialistes en cas de psychiatrie

Les consultations et visites de généralistes ou spécialistes en cas de psychiatrie sont prises en charge dans la limite de 15 séances par année d'assurance et par bénéficiaire.

EXCLUSIONS

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus au contrat.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum des contrats responsables précisées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère,
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin.

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables » et mentionnées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».

MODIFICATIONS DES GARANTIES

> À la demande de l'adhérent

L'adhérent a la possibilité de demander par écrit :

- Un changement de garanties à la hausse. Le délai de prévenance est, dans ce cas, d'un mois civil et ce changement de niveau n'entraîne pas de délai de carence.
- Un changement de garanties à la baisse. Ce changement est possible chaque mois de l'année dans le cadre de situations spécifiques (cas de liquidation anticipée en épargne salariale, déménagement, modification de l'état civil, naissance, décès...).

Hormis ces conditions dérogatoires, la règle est la suivante :

- pour les niveaux 1, 2 et 3 : changement possible à l'échéance anniversaire et avec un maintien minimal de 12 mois d'assurance sur ces niveaux.
- pour les niveaux 4, 5 et 6 : changement possible à l'échéance anniversaire et avec un maintien minimal de 24 mois d'assurance sur ces niveaux.

La modification du contrat (garanties et/ou cotisation) prendra effet à la date d'effet de l'avenant constatant les modifications.

Les changements de garanties (à la hausse ou à la baisse) entraîneront un nouveau calcul des plafonds annuels (proratation).

En cas de modification de cotisation, la différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'Assureur conformément aux dispositions de l'article « COTISATIONS ». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

> À l'initiative de l'Assureur

Le contrat peut être modifié sur proposition de l'Assureur, notamment dans les hypothèses suivantes :

- Si l'Assureur modifie la cotisation à l'échéance du contrat (article « COTISATIONS »),
- Afin de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats « responsables » (article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ») : dans ce cas, l'adhérent sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des Assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter un tel délai. L'adhérent sera informé par courrier simple, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

De convention expresse, le consentement de l'adhérent est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'Assureur dans les trente jours suivant son exécution. En cas de refus d'une modification par l'adhérent, celui-ci peut résilier le contrat dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

AJOUT OU RETRAIT DE BENEFICIAIRES

> En cours de contrat, à l'échéance du contrat

L'adhérent a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou le retrait d'un ayant droit à la date échéance du contrat, en prévenant l'Assureur deux mois à l'avance.

> En cours de contrat, hors échéance du contrat

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite à cet effet :

- Dans un délai de deux mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- Dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification du contrat prendra alors effet :

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de jugement d'un enfant adopté,
- À la date de l'union avec son conjoint,
- À la date de séparation ou de divorce,
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification du contrat prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'adhérent doit le déclarer par écrit dans les 15 jours suivant cet événement. La modification du contrat prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- À la date du décès,
- À la date de séparation ou de divorce,
- À la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime Obligatoire.

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Si un des ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être Bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

En cas d'ajout ou de sortie de Bénéficiaire, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant.

S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'Assureur conformément aux dispositions de l'article «COTISATIONS». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

ADAPTATION DU CONTRAT EN CAS DE MODIFICATION DU REGIME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE

Les garanties du présent contrat, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions de la Sécurité sociale en vigueur lors de sa prise d'effet.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de la Sécurité sociale venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une révision du contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

L'adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation du contrat, sans application du délai de préavis.

PRESTATIONS

> Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'adhérent a souscrit et qui figure au Bulletin d'adhésion.

Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser à votre centre de gestion :

**MUTUA GESTION
BP 90051 - 54 bis avenue Jacques Douzans
31602 MURET Cedex**

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont réglées dans les 15 jours qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.

Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des adhérents géré par MUTUA GESTION.

> Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques.

Si l'adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à MUTUA GESTION.

L'adhérent bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale.

En cas de rejet de la télétransmission, l'adhérent sera amené à transmettre l'original de son décompte.

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

> Tiers payant

Le contrat permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'adhérent est dispensé du paiement du ticket modérateur.

Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

La carte de Tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant VIADEMIS ou sur simple demande à MUTUA GESTION.

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

> Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à MUTUA GESTION, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro de contrat.

La liste exhaustive des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies (dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire),
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier,
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable,
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires,
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans.
- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire,
- Lorsque l'adhérent ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'adhérent,
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'adhérent,
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours,
- La facture des praticiens mentionnés dans le tableau de garanties si vous bénéficiez du poste médecines douces.

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

L'adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.

> Contrôle des dépenses et Expertise

• Le médecin-conseil peut demander à l'adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

• À peine de déchéance, l'adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

Au regard du résultat de ces contrôles, l'assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'adhérent, l'assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

> Procédure d'Expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'assureur auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'adhérent pour pouvoir constater médicalement son état. Dans le cas où l'adhérent ne peut se

déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

> Arbitrage

• En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

• Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

COTISATIONS

> Montant de la cotisation

La cotisation est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en Euros, tous frais et taxes inclus.

Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'adhérent, les garanties choisies, l'âge des assurés, la composition familiale et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

La gratuité est accordée à partir du 3^{ème} enfant. La cotisation totale due par l'adhérent correspond au cumul des cotisations de chaque assuré.

> Variation de la cotisation

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de changement de garanties, changement de régime obligatoire, ajout ou sortie de Bénéficiaire, modification du régime de base de la Sécurité sociale ou en cas de changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

> Révision de la cotisation

La cotisation est amenée à évoluer en fonction de l'âge atteint des assurés à l'échéance du contrat.

L'Assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur la lettre d'information annuelle.

L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance.

> Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par l'adhérent : périodicité annuelle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut, indépendamment de son droit de poursuite en justice, adresser à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties du contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le présent contrat pour des événements

survenus pendant la période de suspension.
En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les 10 jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, le contrat sera automatiquement résilié 10 jours après l'expiration du délai de trente jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

> Prélèvement

Si l'adhérent souhaite régler sa cotisation par prélèvement mensuel, celui-ci cessera dès qu'un prélèvement sera refusé par son établissement bancaire. L'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions de cotisation déjà réglées, sera alors immédiatement exigible. Le mode de paiement annuel sera alors prévu pour les cotisations ultérieures. En cas de non paiement du solde de la cotisation, l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement comme indiqué ci-avant.

> Loi Madelin

Les cotisations du contrat sont éligibles à la loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » au bénéfice des Travailleurs Non Salariés. Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'adhérent doit, chaque année, fournir à l'organisme gestionnaire une attestation de paiement de ses cotisations au Régime Obligatoire de retraite et de prévoyance.

SUBROGATION

En vertu du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions des assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 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'adhérent 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'adhérent ou a été indemnié par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment :

- l'action en justice jusqu'à l'extinction de l'instance,
- l'acte d'exécution forcé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.
- et l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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.

EXAMEN DES RECLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

Lorsque l'adhérent souhaite obtenir des précisions sur les clauses d'application de son contrat notamment à l'adhésion ou en cas de sinistre, il doit contacter son centre de gestion MUTUA GESTION, qui est en mesure d'étudier toutes ses questions et demandes.

En cas de désaccord, l'adhérent peut adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à :

L'ÉQUITÉ
Cellule Qualité
7 boulevard Haussmann
75442 Paris Cedex 09

L'assureur s'engage à traiter sa réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

Si un désaccord devait persister, les particuliers ont la faculté de faire appel au médiateur de la compagnie, et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales. Les conditions d'accès à ce médiateur, ses coordonnées ainsi que la procédure à suivre seront communiquées par la Cellule Qualité de l'ÉQUITÉ.

RESILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié dans les circonstances et les délais indiqués au tableau ci-dessous.

> Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation est du fait de l'adhérent, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé chez MUTUA GESTION ou au siège de l'assureur.

Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

> Conséquences de la résiliation

Notre garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

> Résiliation par l'adhérent

L'adhérent peut résilier son contrat :

- à l'échéance en adressant à l'assureur, au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion, une lettre recommandée. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure,
- en cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de cette modification. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
- en cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L 113-4 du Code des Assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

> Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier le contrat :

- en cas de non-paiement des cotisations (article L 113-3 du Code des Assurances), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de résiliation, si la cotisation n'est pas réglée
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'assuré sans que la mauvaise foi de l'adhérent soit établie (article L 113-9 du Code des Assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation,

> Résiliation par l'adhérent ou l'assureur

L'adhérent ou l'assureur peut résilier le contrat :

- en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des Assurances), dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'adhérent d'une lettre d'information pour l'assureur.

> Résiliation de plein droit

Le contrat est résilié de plein droit :

- en cas de décès de l'adhérent. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation,
- en cas de départ de la France métropolitaine ou de la Principauté de Monaco pour une durée supérieure à un an. La résiliation prend effet le 1^{er} jour qui suit le 1^{er} anniversaire du départ.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la Loi du 6 août 2004, l'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression des données les concernant et d'opposition auprès du centre de gestion MUTUA GESTION.

Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement du dossier de l'adhérent. Elles sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat.

Par la signature de la demande d'adhésion, l'adhérent accepte expressément que les données le concernant leurs soient ainsi transmises.

AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP)
61 rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09

DROIT DE RENONCIATION EN CAS DE DEMARCHAGE A DOMICILE

Conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances - l'adhérent peut renoncer au présent contrat en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception.

Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de 14 jours précités.

« Je soussigné(e) _____, N° de l'adhésion _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe n° _____ effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion), conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances.

Fait à _____, le _____ « Signature ».

CONCLUSION DU CONTRAT ET DROIT DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE

> Modalités de conclusion du contrat

L'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour retourner l'ensemble des pièces du dossier d'adhésion signées ainsi que les pièces justificatives réclamées.

Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat (réputée être la date d'émission du certificat d'adhésion). À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la Compagnie d'accomplir une quelconque démarche complémentaire.

Si l'adhérent a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration de ce délai de 14 jours et qu'un sinistre survient pendant ce délai, il devra alors retourner l'ensemble des pièces signées ainsi que les justificatifs réclamés au plus tard lors de la déclaration de sinistre. À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la Compagnie d'accomplir une quelconque démarche complémentaire. Le sinistre ne sera alors pas pris en charge.

> Droit de renonciation

Conformément à l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer au présent contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat.

Si l'adhérent a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration du délai de renonciation, la Compagnie sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'adhérent a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à MUTUA GESTION, et peut être faite suivant le modèle de lettre ci-dessous.

«Je soussigné(e) _____, N° de l'adhésion _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe n° _____ effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion), conformément à l'article L 112-2-1 II du Code des assurances.

Fait à _____, le _____ « Signature ».

PROTECTION JURIDIQUE MÉDICALE

Sont incluses dans votre contrat VISTELIA des garanties de Protection Juridique décrites ci-après.

Cette garantie de Protection Juridique est prise en charge par la Direction Protection Juridique de L'ÉQUITÉ (désignée ci-après par « nous »), 7 boulevard Haussmann, 75442 Paris Cedex 09 ou par toute société qui s'y substituerait.

GLOSSAIRE PROTECTION JURIDIQUE

DATE DU SINISTRE

C'est la date du refus expresse ou tacite qui est opposé à la réclamation constitutive du sinistre.

DÉPENS

Toute somme figurant notamment à l'article 695 du Code de Procédure Civile, les droits, taxes redevances ou émoluments perçus par les greffes des juridictions, les frais de traduction des actes lorsque celle-ci est rendue obligatoire, les indemnités des témoins, la rémunération des techniciens, les débours tarifés, les émoluments des officiers publics ou ministériels et la rémunération des avocats dans la mesure où elle est réglementée y compris les droits de plaidoirie.

FAIT GÉNÉRATEUR

Il s'agit du fait générateur du sinistre garanti par le présent contrat, c'est-à-dire la survenance de tout événement ou fait constitutif d'une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire.

LITIGE

Situation conflictuelle vous opposant à un tiers.

PRÉJUDICE

Il s'agit de tout dommage corporel ou matériel dont vous êtes victime et qui résulte soit d'un cas fortuit ou d'un accident, soit d'un rapport contractuel, générant un préjudice avéré.

SINISTRE

Est considéré comme sinistre au titre du présent contrat, le refus qui est opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire.

SINISTRE GARANTI

Il s'agit du sinistre dont le fait générateur est né postérieurement à la prise d'effet du contrat et qui satisfait à l'ensemble des conditions contractuelles de prise en charge.

TIERS

Toute personne étrangère au contrat.

PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La garantie « Protection Juridique » prend effet et cesse dans les mêmes conditions que les garanties principales du contrat VISTELIA, dans la mesure où ces conditions ne sont pas en contradiction avec les dispositions du présent chapitre.

PRESTATIONS ET DOMAINES D'INTERVENTION DE LA GARANTIE

➤ Nos Prestations

Lorsque vous êtes confronté à un litige garanti, nous nous engageons :

- après examen du dossier en cause, à vous donner notre avis sur la portée et les conséquences de l'affaire au regard de vos droits et obligations,
- à vous proposer notre assistance au plan amiable, en vue d'aboutir à la solution la plus conforme à vos intérêts,
- à participer financièrement, le cas échéant et dans les conditions prévues à l'article « Dépenses garanties » du chapitre « ETENDUE DE LA GARANTIE FINANCIERE », aux dépenses nécessaires à l'exercice ou à la défense de vos droits à l'amiable ou devant les juridictions compétentes.

➤ Nos Domaines d'Intervention

Nous garantissons votre Protection Juridique dans le cadre limitatif des domaines d'intervention ci-après listés, et ce, au titre de votre adhésion au contrat VISTELIA, à l'exception toutefois des exclusions citées au paragraphe « Ce qui est exclu » du chapitre « EXCLUSIONS ET CONDITIONS DE GARANTIE » :

➤ Garantie « Soins »

Nous intervenons pour obtenir la réparation de vos préjudices consécutifs à une erreur, omission, ou manquement, caractérisant le non respect de l'obligation de moyen à la charge du Professionnel de Santé (médecin généraliste ou spécialiste, établissement de soins ou de repos, privé ou public) qui vous a délivré les soins.

Nous intervenons également dans le cadre de la Loi du 4 Mars 2002 relative aux droits du malade, à la qualité du système de santé, et lors des procédures d'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

➤ Garantie « Prestations Sociales »

Nous prenons en charge les litiges relatifs aux réclamations et aux contestations afférentes aux prestations et indemnités devant vous être versées par :

- vos Caisses de Retraite ou de Prévoyance,
- votre Caisse de Sécurité Sociale ou d'Allocations Familiales,
- votre Centre Pôle Emploi.

EXCLUSIONS ET CONDITIONS DE GARANTIES

➤ Ce qui est exclu

La garantie ne s'applique pas :

- aux litiges dont vous aviez connaissance lors de la souscription de la garantie, ou lors de votre adhésion au contrat,
- aux sinistres dont le fait générateur est antérieur à la souscription de la garantie ou à votre adhésion au contrat,
- aux litiges dirigés contre vous en raison de dommages mettant en jeu votre responsabilité civile lorsqu'elle est garantie par un contrat d'assurance ou lorsqu'elle aurait dû l'être en exécution d'une obligation légale d'assurance,
- aux litiges survenus à l'occasion de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de mouvements populaires ou d'attentats,
- aux procédures et réclamations découlant d'un crime ou d'un délit qualifié par un fait volontaire ou intentionnel, dès lors que ce crime ou ce délit vous est imputable personnellement,
- aux litiges relevant de votre activité professionnelle indépendante, que celle-ci soit exercée en nom propre ou en société,
- aux litiges découlant d'une activité politique, syndicale ou associative,
- aux litiges découlant de l'état de surendettement ou d'insolvabilité dans lequel vous pourriez vous trouver, ainsi qu'aux procédures relatives à l'aménagement de délais de paiement,
- aux litiges consécutifs à la conduite du véhicule sous l'empire d'un état alcoolique ou en état d'ivresse ou sous l'empire de stupéfiant ou de drogue non prescrit médicalement ou au refus de se soumettre aux vérifications destinées à dépister ou à établir la preuve de cet état,
- aux litiges résultant de la conduite sans titre ou du refus de restituer le permis suite à décision,
- aux litiges consécutifs à un délit de fuite ou à un refus d'obtempérer,
- aux litiges survenus au cours d'épreuves sportives, courses, compétitions ou leurs essais, soumis ou non à l'information et/ou à l'autorisation des Pouvoirs Publics,
- aux litiges avec l'Administration Fiscale ou un service de la Direction des Douanes,
- aux litiges hors de la compétence territoriale prévue ci-après.

➤ Conditions de la garantie

Pour la mise en œuvre de la garantie, vous devez être à jour de la cotisation et le sinistre doit satisfaire les conditions suivantes :

- la déclaration du sinistre doit être effectuée entre la date de prise d'effet de la garantie et la date de son expiration,
- la date du sinistre se situe entre la date de prise d'effet de la garantie et la date de son expiration,
- l'enjeu financier du dossier en principal est supérieur ou égal à 275 € TTC,

- au plan judiciaire, le sinistre doit relever de la compétence d'une juridiction située sur le territoire d'un pays membre de l'Union Européenne ou de Monaco,
- vous devez disposer des éléments de preuve nécessaires et suffisants pour justifier de la réalité de votre préjudice et de la responsabilité d'un tiers.

ETENDUE DE LA GARANTIE FINANCIERE

➤ Dépenses garanties

En cas de sinistre garanti :

- au plan amiable, nous prenons en charge les honoraires d'expert ou de spécialiste que nous mandatons ou que vous pouvez mandater avec notre accord préalable et formel dans la limite d'un plafond de 1 000 € TTC par affaire, et à concurrence de 400 € TTC par intervention,
- au plan judiciaire, nous prenons en charge, à concurrence maximale par sinistre de 20 000 € TTC :
 - les frais de constitution du dossier de procédure tels que les frais de constat d'huissier engagés avec notre accord préalable et formel,
 - les frais taxables d'huissier de justice ou d'expert judiciaire mandaté dans l'intérêt de l'assuré et dont l'intervention s'avère nécessaire à la poursuite de la procédure garantie,
 - les honoraires et les frais non taxables d'avocat, comme il est précisé au chapitre « Libre choix de l'Avocat » ci-après,
 - les honoraires d'expert médical mandaté à l'effet de vous assister, à concurrence de 800 € TTC par intervention.

Les frais de consultation juridique ou d'acte de procédures réalisés avant déclaration du sinistre ne sont pas pris en charge sauf si vous pouvez justifier de l'urgence à les avoir engagés.

➤ Dépenses non garanties

La garantie ne couvre pas les sommes de toute nature que vous devez en définitive payer ou rembourser à la partie adverse, et notamment :

- le principal, les frais et intérêts, les dommages et intérêts, les astreintes, les amendes pénales, fiscales ou civiles ou assimilées,
- les dépens au sens des dispositions de l'Articles 695 du Code de Procédure Civile,
- les condamnations au titre de l'Article 700 du même Code, de l'Article 475.1 ou 800.1 et 800.2 du Code de Procédure Pénale et de l'Article L 761.1 du Code de la Justice Administrative ou de toute autre condamnation de même nature,

➤ Montants de prise en charge ou de remboursement des honoraires d'Avocat et d'Experts

Assistance	
Médiation Civile ou Pénale	500 € (1)
Commission	400 € (1)
Intervention amiable	150 € (1)
Toute Autre Intervention	200 € (3)
Procédures devant toute juridiction	
Référé en demande	550 € (2)
Référé en défense, Requête ou Ordonnance	450 € (3)
Assistance à une Expertise Judiciaire ou à une Mesure d'Instruction	400 € (1)
Première Instance	
Juge de Proximité	
- Affaire civile	650 € (3)
- Affaire pénale	450 € (3)
Tribunal d'Instance	650 € (3)
Tribunal Administratif	850 € (3)
Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale	850 € (3)
Procureur de la République	200 € (1)
Tribunal de Police, Juge ou Tribunal pour Enfants	500 € (3)
Cour d'Assises	1500 € (3)

- tout honoraire ou émolument de tout auxiliaire de justice dont le montant serait fixé en fonction du résultat obtenu ou les honoraires d'huissier calculés au titre des articles 10 et 16 du Décret n° 96-1080 du 12 décembre 1996.

➤ Libre choix de l'avocat

Si dans le cadre du traitement de votre sinistre, il est nécessaire de faire appel à un avocat, vous fixez de gré à gré avec celui-ci le montant de ses honoraires et frais.

Vous disposez, en cas de sinistre (comme dans l'éventualité d'un conflit d'intérêt survenant entre nous à l'occasion dudit sinistre), de la possibilité de choisir librement l'avocat dont l'intervention s'avère nécessaire pour transiger, vous assister ou vous représenter en justice. Tout changement d'avocat doit être immédiatement notifié à l'Assureur.

Vous fixez de gré à gré avec l'Avocat le montant de ses frais et honoraires.

Cette faculté de libre choix s'exerce à votre profit, selon l'alternative suivante :

1. Si vous faites appel à votre avocat, vous lui réglez directement ses frais et honoraires. Vous pouvez nous demander le remboursement desdits frais et honoraires, dans la limite maximale des montants fixés au tableau ci-dessous. Les indemnités sont alors effectuées dans un délai de 4 semaines à réception des justificatifs de votre demande à notre Siège Social. Sur demande expresse de votre part, nous pouvons adresser le règlement de ces sommes directement à votre Avocat dans les mêmes limites contractuelles.

En cas de paiement par l'assuré d'une première provision à son avocat, l'assureur peut régler une avance sur le montant de cette provision, égale à la moitié de la limite maximale des montants fixés au tableau ci-dessous, le solde étant réglé à l'issue de la procédure.

Attention : sous peine de non-paiement des sommes contractuelles, vous devez :

- obtenir notre accord exprès avant la régularisation de toute transaction avec la partie adverse,
- joindre les notes d'honoraires acquittées accompagnées de la copie intégrale de toutes pièces de procédure et décisions rendues ou du protocole de transaction signé par les parties.

Tribunal de Grande Instance	
Juridiction Correctionnelle	850 € (3)
Juridiction de l'Exécution	450 € (3)
Autres	1200 € (3)
Appel	
- en matière de police	450 € (3)
- en matière correctionnelle	850 € (3)
- Autres matières	1050 € (3)
Cour de cassation - Conseil d'État	2100 € (3)
Toute autre juridiction	650 € (3)
Transaction amiable	
- menée à son terme, sans protocole signé	500 € (3)
- menée à son terme et ayant abouti à un protocole signé par les parties et agréé par L'ÉQUITÉ	1000 € (3)
Assistance Expert	
- Assistance à Expertise amiable	400 € (1)
- Assistance à Expertise Médicale Judiciaire	800 € (1)

(1) par intervention (2) par décision (3) par affaire

Ces montants de prise en charge ou de remboursement sont indiqués TTC, et comprennent les frais divers (déplacement, secrétariat, photocopies), les taxes et impôts, et constituent le maximum de notre engagement.

2. Si vous souhaitez l'assistance de notre Avocat correspondant, mandaté suite à une demande écrite de votre part, nous réglons directement ses frais et honoraires dans la limite maximale des montants fixés au tableau ci-dessus.

➤ **Direction du Procès**

En cas de procédure judiciaire, la direction du procès appartient à l'assuré assisté de son avocat.

FONCTIONNEMENT DE LA GARANTIE

➤ **Déclaration du sinistre**

Pour nous permettre d'intervenir efficacement, déclarez-nous votre sinistre dans les plus brefs délais. Vous devez faire votre déclaration par écrit auprès de :

L'ÉQUITÉ
Direction Protection Juridique
7, Boulevard Haussmann
75442 Paris Cedex 09
equite-pjdeclarations@generali.fr
Fax : 01 58 38 28 67

➤ **Mise en œuvre de la garantie**

A réception, votre dossier est traité par notre Direction Protection Juridique comme il suit :

- Nous vous faisons part de notre position quant à la garantie, étant entendu que nous pouvons vous demander de nous fournir, sans restriction ni réserve, toutes les pièces se rapportant au litige ainsi que tout renseignement complémentaire en votre possession.

Conformément aux dispositions de l'Article L 127-7 du Code des Assurances, nous sommes tenus en la matière à une obligation de Secret Professionnel.

- Nous vous donnons notre avis sur l'opportunité de transiger ou d'engager une instance judiciaire, en demande comme en défense. Les cas de désaccord à ce sujet sont réglés selon les modalités prévues au paragraphe « Arbitrage ».

➤ **Exécution des décisions de justice et subrogation**

Dans le cadre de notre garantie, nous prenons en charge la procédure d'exécution de la décision de justice rendue en votre faveur.

Lorsque la partie adverse est condamnée aux dépens de l'instance nous sommes subrogés dans vos droits, à due concurrence de nos débours.

Lorsqu'il vous est alloué une indemnité de procédure par application des dispositions de l'Article 700 du Code de Procédure Civile, de l'Article 475.1 ou 800.1 et 800.2 du Code de Procédure Pénale ou de l'Article L 761.1 du Code de la Justice administrative, nous sommes subrogés dans vos droits à hauteur du montant de notre garantie, déduction faite des honoraires demeurés à votre charge.

➤ **Arbitrage**

Conformément aux dispositions de l'Article L 127-4 du Code des Assurances, il est entendu que, dans le cas d'un désaccord entre nous au sujet des mesures à prendre pour régler le litige, objet du sinistre garanti, cette difficulté peut être soumise sur votre demande, à l'arbitrage d'un conciliateur désigné d'un commun accord, 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 notre charge, sauf lorsque le Président du Tribunal de Grande Instance en décide autrement, au regard du caractère abusif de votre demande.

Si contrairement à notre avis et celui du conciliateur, vous engagez à vos frais une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle que nous avons proposée, nous nous engageons, dans le cadre de notre garantie, à prendre en charge les frais de justice et d'avocat que vous aurez ainsi exposés.

Toutefois, afin de simplifier la gestion de ce désaccord, nous nous engageons à :

- nous en remettre au choix de votre arbitre dans la mesure où ce dernier est habilité à délivrer des conseils juridiques,
- accepter, si vous en êtes d'accord, la solution de cet arbitre.

En ce cas, la consultation de cet arbitre sera prise en charge par la Compagnie, dans la limite contractuelle prévue au tableau « Montants de prise en charge ou de remboursement des honoraires d'Avocat et d'Experts » pour le poste « Assistance - Médiation Civile ».

➤ **Conflit d'intérêt**

Si, lors de la déclaration du sinistre, ou au cours du déroulement des procédures de règlement de ce sinistre, il apparaît entre vous et nous un conflit d'intérêt, notamment lorsque le tiers auquel vous êtes opposé est assuré par nous, il sera fait application des dispositions de l'article « Libre choix de l'Avocat ».

L'ÉQUITÉ
assurances

L'ÉQUITÉ, entreprise régie par le Code des Assurances, S.A au capital de 18 469 320 €, inscrite au RCS de Paris sous le n° B 572 084 697 7 boulevard Haussmann 75442 PARIS CEDEX 09, société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.