

L'Adhérent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'Assisteur, doit communiquer son propre numéro d'Adhérent.

DÈS LA SOUSCRIPTION

Conseils, écoute, orientation	Illimités
Informations juridiques	Illimitées
Conseils et informations médicales	Illimités
Accompagnement spécifique à la parentalité	Illimité

ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Appels de convivialité	Illimités
Conseil social	Illimité
Soutien psychologique	Illimité

ASSISTANCE À L'ÉTRANGER

A TOUT MOMENT

Information et prévention médicale	Illimitée
------------------------------------	-----------

MALADIE, BLESSURE, ACCIDENT OU HOSPITALISATION, IMPRÉVUS A L'ÉTRANGER

AUTRES PRESTATIONS A L'ÉTRANGER

	MALADIE, BLESSURE, ACCIDENT OU HOSPITALISATION, IMPRÉVUS A L'ÉTRANGER	AUTRES PRESTATIONS A L'ÉTRANGER
Service d'accompagnement et d'écoute	Illimité	
Conseil médical	Illimité	
Transfert/rapatriement sanitaire	Coûts réels du reste à charge après remboursement du régime obligatoire et organismes complémentaires.	
Frais de secours sur piste	500 euros TTC	
Frais de prolongation de séjour	10 nuits à 125 euros TTC/nuit	
Présence proche au chevet	10 nuits à 125 euros TTC/nuit	
Retour des bénéficiaires	500 euros TTC	
Avance des frais médicaux (hospitalisation)	80 000 euros TTC	
Prise en charge du reste à charge des frais médicaux	80 000 euros TTC	
Avance des frais médicaux (dentaire)	160 euros TTC	
Avance de caution pénale		7700 euros TTC
Avance des frais de justice		1525 euros TTC
Avance de fonds première nécessité		1500 euros TTC
Transmission message urgent		Illimité

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès en France

En cas de décès du Bénéficiaire à + de 50KM du domicile et dans le monde entier

	En cas de décès en France	En cas de décès du Bénéficiaire à + de 50KM du domicile et dans le monde entier
Transfert ou rapatriement du corps ou de l'urne cinéraire		Coûts réels
Frais de cercueil		1500 euros TTC
Retour prématuré du Bénéficiaire (décès d'un proche)	500 euros TTC	

1. BÉNÉFICIAIRE

La présente notice d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance dont peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés. Sont couverts par la présente notice d'information :

- l'Adhérent à la Mutuelle.

2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties MGEL.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'Adhérent auprès de MGEL, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La couverture géographique d'assistance est valable :

- **Tout déplacement° dans le monde entier pour l'Assistance à l'étranger. °Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.**

La garantie d'assistance à l'étranger n'est acquise que lors :

- de séjours à titre privé à l'étranger dont la durée n'excède pas 6 mois consécutifs,
- de séjours à l'occasion d'un stage en entreprise n'excédant pas 8 mois consécutifs,
- de séjours dans le cadre de la poursuite d'un cursus n'excédant pas 12 mois.

4. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- une maladie, un accident ou une blessure,
- un décès.

Ces garanties n'ont pas vocation à se substituer aux interventions des services publics ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

5. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

**POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION, 24 HEURES SUR 24,
7 JOURS SUR 7**

par téléphone :

09 69 32 35 68

pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :

par téléphone : 00 33 9 69 32 35 68

Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à medecinconseil@rmassistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'Adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Pour le transfert/rapatriement de corps en cas de décès, le conseil et l'assistance à l'étranger, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties. Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies certifiées.

6. INTERVENTIONS

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

7. APPLICATION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et **dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur (étant entendu que le montant de la prestation d'assistance remboursé par l'Assisteur est plafonné à l'intervention d'un seul intervenant au domicile du Bénéficiaire). Les frais additionnels (frais kilométriques, frais de dossier, frais de gestion et cotisations) inhérents à la mise en œuvre de la prestation et figurant sur le justificatif fourni par le Bénéficiaire ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**

Dans de tels cas, l'Assisteur s'engage à rembourser le Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par l'Assisteur de l'ensemble des documents justificatifs.

Dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats.

L'Assisteur ne participe pas aux dépenses que le Bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).

Dans le cadre de l'Assistance à domicile, en France ou dans les DROM, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, pour répondre au plus vite à la demande. Toutefois, l'Assisteur se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

8. DÉFINITIONS

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

Accident : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au Bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels. Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- les accidents vasculaires cérébraux,
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- les éventrations,
- les hernies abdominales,
- les hydrocutions,
- les infarctus du myocarde,
- les lésions méniscales,
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- les lombalgies, les lumbagos,
- les ruptures d'anévrisme,
- les sciatiques.

Adhérent : personne physique ayant adhéré à titre individuel à la mutuelle.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le Bénéficiaire se trouve.

Attentat : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le Bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur. Cet attentat devra être recensé par l'Etat français.

Bénéficiaire : la personne ayant adhéré à titre individuel à une garantie santé de la Mutuelle.

Catastrophe naturelle : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu.

Le domicile doit être situé en France dans les DROM. Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire ; on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent Adhérent. En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

Dommages corporels : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du Bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du Bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Etat d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans vos conditions générales. Ils sont les suivants :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- une immobilisation,
- un traitement anticancéreux,
- une maladie, un accident ou une blessure,
- un décès.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe. France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum quatre nuitées dans un établissement de soins public ou privé ou à domicile dans le cadre d'une HAD, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Responsabilité civile : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

Soins médicalement nécessaires : dans le cadre de la carte Européenne d'Assurance maladie, il s'agit des traitements qui évitent à un Bénéficiaire de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et **dans la limite de 500 euros TTC** pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

9. ÉCOUTE, CONSEIL ET ORIENTATION

Le service Ecoute, Conseil & Orientation est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie. L'Assisteur peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation des Bénéficiaires, les solutions d'adoption des Animaux de compagnie existantes en cas de décès du propriétaire de l'animal.

L'Assisteur peut également, sur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront aider et réaliser les services dont le Bénéficiaire a besoin.

Le coût de la prestation reste à la charge du Bénéficiaire.

10. INFORMATION JURIDIQUE

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

Réglementaire :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/ allocations / retraites,
- fiscalité,
- famille.

Pratique :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/Formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48h. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... **En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.**

11. CONSEILS ET INFORMATIONS MÉDICALES

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- contraception,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation)

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales...

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos de :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

12. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE À LA PARENTALITÉ

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficier, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans. Sur demande, l'Assisteur met à disposition des Bénéficiaires un interlocuteur qualifié et prend en charge le coût de ses conseils.

ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lorsqu'un Bénéficiaire fait face à :

- une dépendance/perte d'autonomie,
- un aléa de santé,
- un arrêt de travail,
- un risque suicidaire,
- une rupture familiale,
- un isolement social,

- une addiction comportementale ou à un produit,
- la perte de son emploi,
- la souffrance au travail,
- l'inadaptation du logement,
- un risque de précarité financière,
- le décès d'un proche.

L'Assisteur propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'accompagner dans la durée à chaque aléa de vie. L'équipe est composée d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale et de psychologues.

Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont illimités, sous réserve de l'évaluation du professionnel référent. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire. Seuls les Bénéficiaires majeurs âgés de 18 ans révolus peuvent bénéficier d'un accompagnement psycho-social. Sont exclus de la prestation d'accompagnement psycho-social les mineurs émancipés ou non émancipés.

L'Assisteur s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

13. UN SERVICE D'APPELS DE CONVIVIALITÉ

Ce service permet de :

- rompre l'isolement,
- apporter du réconfort,
- aider à restaurer le lien social,
- ouvrir un espace de parole,
- être le dépositaire d'histoires de vie.

14. UN SERVICE DE CONSEIL SOCIAL

Les travailleurs sociaux apportent :

- information, conseil, orientation,
- accès aux droits,
- orientation vers un réseau de service à domicile,
- recherche d'établissement,
- informations sur les secours financiers,
- soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

15. UN SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Les psychologues prodiguent :

- une aide à la prise de distance,
- un soutien psychologique ponctuel,
- une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- des outils de gestion du stress, de l'anxiété.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE A L'ÉTRANGER

16. CADRE D'APPLICATION SPÉCIFIQUE DE L'ASSISTANCE A L'ÉTRANGER

A. EN CAS DE DEMANDE D'ASSISTANCE A L'ÉTRANGER

La garantie d'assistance à l'étranger n'est acquise que lors :

- de séjours à titre privé à l'étranger dont la durée n'excède pas 6 mois consécutifs,
- de séjours à l'occasion d'un stage en entreprise n'excédant pas 8 mois consécutifs,
- de séjours dans le cadre de la poursuite d'un cursus n'excédant pas 12 mois.

Si la durée totale du voyage est supérieure aux durées mentionnées ci-dessus ou si aucune date n'est prévue pour le retour ou à la fin du séjour, la couverture cessera de plein droit au terme de la durée couverte après la date de départ ou de début de séjour. L'Assisteur se réserve le droit de réclamer au Bénéficiaire tout document attestant des dates de début et de fin de séjour (titres de transports, cartes d'embarquement, réservations d'hôtel...). La couverture est considérée comme complémentaire en vertu de la présente notice d'information.

L'Assisteur ne couvrira aucun coût qui peut être couvert par une autre institution, Caisse d'Assurance Maladie, compagnie d'assurance ou mutuelle, à l'exception des montants éligibles dépassant les limites couvertes par cette autre institution, compagnie d'assurance ou mutuelle dans les limites fixées dans la présente notice d'information.

L'Assisteur n'est aucunement responsable des conséquences d'une faute médicale ou d'un traitement insuffisant ou inadéquat.

B. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE DE L'ASSISTANCE A L'ÉTRANGER

Les prestations d'assistance à l'étranger s'appliquent dans les pays du monde entier (à l'exception de ceux visés ci-après) et s'entendent hors du pays du domicile du Bénéficiaire, à la suite d'un accident, de blessures, d'une maladie soudaine ou d'une hospitalisation imprévue dont le Bénéficiaire serait victime. Les garanties sont acquises pour toute la durée du séjour à l'étranger n'excédant pas 6 mois consécutifs et effectué dans le cadre d'un déplacement à titre privé ou professionnel et à but non médical.

Sont exclus de la présente garantie les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire ou subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, actes de piraterie, d'interdictions officielles, repréailles, restrictions à la libre circulation des personnes et des biens (quel que soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, grèves, explosions, tremblements de terre, cyclones, éruptions volcaniques et autres catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure (liste susceptible de modification, informations disponibles auprès de l'assistance).

C. FAITS GÉNÉRATEURS DANS LE CADRE DE L'ASSISTANCE A L'ÉTRANGER

Les prestations sont acquises en cas d'accident, de blessures, de maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue survenant à l'un des Bénéficiaires.

Pour pouvoir bénéficier des prestations offertes par la garantie d'assistance à l'étranger, le Bénéficiaire doit contacter L'Assisteur en indiquant le plus clairement possible le lieu où il se trouve dans un délai de 48 heures après la survenue de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue.

Au cas où le Bénéficiaire se trouve dans l'incapacité de contacter en personne l'Assisteur en raison de son état, toute notification faite par l'un de ses proches, la police, l'établissement de soins, les pompiers, ou toute personne étant intervenue à la suite du fait générateur, est recevable par l'Assisteur.

Règles à observer en cas de demande d'assistance de l'étranger :

L'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense à l'étranger, il est nécessaire :

- d'obtenir l'accord préalable de l'Assisteur en appelant ou en faisant appeler sans attendre l'Assisteur, au numéro rappelé ci-après :
Par téléphone : **00 33 969 32 35 68**,
- de se conformer aux procédures et aux solutions préconisées par l'Assisteur.

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge, le Bénéficiaire s'engage, à la demande de l'Assisteur, soit à :

- restituer les titres de transport originaux non utilisés qu'il détient,
- réserver le droit à l'Assisteur de les utiliser,
- rembourser à l'Assisteur les montants dont il obtiendrait le remboursement.

Dans le cadre d'avance de frais, le Bénéficiaire s'engage à signer lors de la demande d'assistance :

- une autorisation de transmission directe pour permettre à l'Assisteur d'effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié pour recouvrer les avances de frais engagées à ce titre,
- une lettre d'engagement sur l'honneur, par laquelle le Bénéficiaire s'engage à rembourser l'intégralité de l'avance effectuée par l'Assisteur en cas de non prise en charge par la Sécurité Sociale.

Conseils :

Si le Bénéficiaire est assuré au titre du régime légal de l'Assurance maladie il est nécessaire pour bénéficier des prestations de l'Assurance maladie lors de son déplacement dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen (EEE) ou de la Suisse, d'être titulaire de la « Carte Européenne d'Assurance maladie » (individuelle et nominative) en cours de validité qu'il doit se procurer avant son départ auprès de sa caisse d'Assurance maladie.

Si le Bénéficiaire se déplace dans un pays qui ne fait pas partie de l'Espace Économique Européen (EEE) ou de la Suisse, il doit se renseigner, avant son départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de Sécurité Sociale avec la France. Pour ce faire, il doit consulter sa caisse d'Assurance maladie pour savoir s'il entre dans le champ d'application de ladite convention et s'il a des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire). En cas de nécessité d'une attestation d'assistance médicale pour l'obtention d'un visa, celle-ci sera délivrée par l'Assisteuse dans un délai de 8 jours ouvrés à compter de la réception de la demande écrite du Bénéficiaire assortie de tous les éléments nécessaires à sa rédaction (les éléments requis sont : nom, prénom, date de naissance, destination, durée de voyage, adresse de domicile, numéro du passeport, les numéros de téléphone où l'appeler en cas de nécessité).

Lors de ses déplacements, le Bénéficiaire ne doit pas oublier d'emporter les documents justificatifs de son identité et tout document nécessaire à son voyage : passeport, carte nationale d'identité, carte de séjour, visa d'entrée, visa de retour, carnet de vaccination... et de surtout vérifier leur date de validité.

D. EXECUTION DES PRESTATIONS A L'ÉTRANGER

Le Bénéficiaire doit présenter à l'Assisteuse des copies conformes des documents suivants, dans un délai de deux mois à compter de la date du fait générateur :

- tout document justifiant de son lieu de domicile habituel et de la durée de son déplacement,
- le procès-verbal officiel émis par la police concernant l'accident,
- une photocopie du passeport et du visa (le cas échéant),
- le dossier médical complet préparé et délivré par le médecin ou l'établissement de soins dans lequel le Bénéficiaire a été traité, ainsi que les ordonnances médicales, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'Assisteuse,
- les factures médicales et hospitalières,
- les factures soumises et le relevé des factures remboursées par la Sécurité Sociale,
- tout autre justificatif que l'Assisteuse estimera nécessaire pour apprécier le droit aux prestations d'assistance.

À défaut de présentation des justificatifs demandés, l'Assisteuse pourrait refuser la prise en charge des frais d'assistance et/ou pourrait procéder à la refacturation des frais déjà engagés.

De plus, l'Assisteuse est exonérée de l'obligation de fournir des prestations dans les cas suivants :

- si le Bénéficiaire ne notifie pas à l'Assisteuse de la survenue de l'accident ou de la maladie soudaine nécessitant une assistance médicale ou autre dans un délai de 48 heures à partir de la survenue dudit accident ou maladie,
- si le Bénéficiaire ne présente pas tous les documents requis pour constituer le dossier relatif à la déclaration,
- si l'Assisteuse n'a pas donné son accord préalable. Toute décision relative à un changement de traitement, au transfert du Bénéficiaire vers un autre centre médical, ou à toute autre mesure médicale nécessaire, y compris les opérations chirurgicales non urgentes, durant la période d'hospitalisation acceptée par l'Assisteuse, est soumise obligatoirement à l'approbation préalable de l'Assisteuse, sous peine d'un refus de couverture,
- si le Bénéficiaire, ou la personne référent du Bénéficiaire refuse les prestations de l'Assisteuse.

E. OBLIGATIONS DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DEMANDE D'ASSISTANCE A L'ÉTRANGER

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire libère du secret médical tous les médecins et membres du personnel paramédical qui ont été amenés à traiter de son cas, avant, pendant et après l'urgence médicale. Le Bénéficiaire est tenu de communiquer sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assisteuse, tous les faits et circonstances requis en vertu de la garantie d'assistance à l'étranger.

Toute réticence ou omission dans la communication de ces données donne le droit à l'Assisteuse de suspendre la garantie d'assistance dès qu'il prend connaissance des faits ou circonstances.

Dans le cas où le Bénéficiaire a souscrit à une autre police pour le même risque (Assurances et/ou Assistance), il doit la déclarer à l'Assisteuse.

17. PRESTATIONS D'ASSISTANCE A L'ÉTRANGER

A. LE SERVICE D'INFORMATIONS ET DE PRÉVENTION MÉDICALE

L'Assisteuse met à la disposition du Bénéficiaire un service téléphonique disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avant et pendant le voyage, et ceci afin de délivrer des informations pratiques, organisationnelles et médicales.

L'équipe médicale de l'Assisteuse peut également répondre à toute question liée à la santé avant et pendant le voyage du Bénéficiaire (réseaux médicaux, modalités de soins, vaccinations, pathologies, hygiène). Ce service est conçu pour écouter, informer, orienter et, en aucun cas, il ne peut se substituer à une consultation médicale sur place.

Les informations fournies ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription médicale personnalisée car il est impossible d'établir un diagnostic médical à partir d'un appel téléphonique. Les conseils seront livrés de façon objective selon les éléments communiqués par téléphone. En cas d'urgence médicale, il est vivement conseillé de contacter directement les organismes de secours d'urgence locaux auxquels l'Assisteuse ne peut se substituer.

B. LE SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ÉCOUTE AU COURS D'UNE HOSPITALISATION

Les médecins de l'Assisteuse sont mobilisés dès l'instant où un Bénéficiaire est hospitalisé à l'étranger. Ils apportent un soutien au Bénéficiaire ainsi qu'à sa famille en intervenant auprès du médecin en charge sur place, afin de lui apporter toutes les informations nécessaires sur les démarches thérapeutiques envisagées par le médecin en charge.

De plus, si la situation le nécessite (situation de crise, victimologie ou traumatologie), un service d'écoute est mis à disposition au Bénéficiaire ainsi qu'à sa famille avec une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue.

C. LE TRANSFERT OU RAPATRIEMENT SANITAIRE

a) Conseil médical

En cas de maladie, blessure, accident ou hospitalisation imprévus le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteuse donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteuse sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteuse se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'Assisteuse propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteuse.

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteuse propose les prestations médicales telles que :

- la poursuite du traitement, un transfert/rapatriement pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert/rapatriement vers un centre de soins mieux adapté et le plus proche de votre domicile en France ou dans votre pays de séjour, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- lorsque l'état de santé le permet, le rapatriement de l'établissement hospitalier de premiers soins vers un établissement proche du domicile en France ou dans votre pays de séjour ou directement au domicile du Bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteuse.

Selon l'état du Bénéficiaire, le transfert/rapatriement sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre). Suivant le cas, ils s'effectuent (dans les conditions définies ci-dessus) :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi ;
- en train ;
- en avion de ligne régulière ;
- en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

Remarque : par sécurité pour le Bénéficiaire, tout transfert d'urgence reste à l'entière responsabilité du médecin traitant ou de l'autorité médicale sur place. En aucun cas la responsabilité de l'Assisteuse ne saurait être engagée.

b) Transfert/rapatriement sanitaire

L'Assisteuse se charge :

- de l'organisation du transfert/rapatriement ;
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du Bénéficiaire ;
- de collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert/rapatriement éventuel.

Les frais correspondants sont intégralement pris en charge par l'Assisteuse. Dans le cas où les frais sont pris en partie ou en totalité par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme de tiers payant, le Bénéficiaire est tenu de collaborer avec l'Assisteuse pour recouvrer la part qui lui revient par ces organismes. Toutefois aucun transfert, à l'exception du transfert d'urgence, ne peut être pris en charge par l'Assisteuse, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteuse.

Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert.

IMPORTANT : Il est à cet égard, expressément convenu que la décision finale du transfert ou rapatriement sanitaire (à l'exception du transfert d'urgence) à mettre en œuvre appartient en dernier ressort aux médecins de l'Assisteuse et ce, afin d'éviter tout conflit d'autorités médicales.

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

D. PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE PROLONGATION DE SÉJOUR

En cas d'Accident, de Blessure ou de Maladie, si votre état ne justifie pas une hospitalisation ou un transfert/rapatriement sanitaire et que vous devez prolonger votre séjour sur place à l'hôtel, sur ordonnance médicale exclusivement, l'Assisteuse prend en charge vos frais d'hébergement ainsi que ceux d'un accompagnant Bénéficiaire, à concurrence de **125 euros TTC par nuit pendant 10 nuits maximum, afin qu'il reste auprès de vous jusqu'à ce que vous soyez en état de revenir en France.**

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteuse.

E. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

Lorsque vous êtes hospitalisé(e) sur le lieu de votre Accident, de votre Blessure ou de votre Maladie et que les médecins de l'Assisteuse jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que votre sortie ou votre retour ne peut se faire avant 10 jours, l'Assisteuse organise et prend en charge le transport aller et retour depuis la France d'une personne de votre choix afin qu'elle se rende à votre chevet.

Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un membre de votre famille en âge de majorité juridique.

L'Assisteuse prend également en charge les frais d'hébergement de cette personne pendant **10 nuits maximum, jusqu'à un maximum de 125 euros TTC par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement**

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Retour des Bénéficiaires ». Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteuse.

F. RETOUR DES BÉNÉFICIAIRES

L'Assisteuse organise également et prend en charge le retour des Bénéficiaires se trouvant sur place, vers leur domicile habituel situé en France ou dans les DROM. L'Assisteuse met à la disposition des Bénéficiaires susvisés le transport depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France ou dans les DROM.

G. FRAIS DE SECOURS SUR PISTE (VALABLE EN FRANCE EGALEMENT)

Lors d'un déplacement en France à plus de 50 km du domicile ou à l'étranger, en cas d'Accident ou de Blessure d'un Bénéficiaire sur une piste de ski balisée, ouverte aux skieurs au moment de l'événement, l'Assisteuse prend en charge les frais de secours du lieu de l'incident s'entendant sur une piste balisée, jusqu'au centre de soins le plus proche à concurrence de **500 euros TTC. En aucun cas, l'Assisteuse ne sera tenu à l'organisation des secours. Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés. Les frais de recherche sur piste ou en montagne restent à votre charge.**

H. FRAIS MÉDICAUX A L'ÉTRANGER A LA SUITE D'UNE MALADIE, D'UNE BLESSURE, D'UN ACCIDENT OU D'UNE HOSPITALISATION, IMPRÉVUS

a) Avance des frais médicaux

L'Assisteuse fait l'avance au Bénéficiaire des frais d'hospitalisation, dans la limite de **80 000 euros TTC, à condition qu'ils concernent des soins reçus en territoire étranger à la suite d'une maladie, d'une blessure, d'un accident ou d'une hospitalisation, imprévus survenus sur ce territoire.**

Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- pour des soins prescrits en accord avec le médecin de l'Assisteuse,
- tant que ce dernier juge que le Bénéficiaire est intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à dater du jour où l'Assisteuse est en mesure d'effectuer le transport, même si le Bénéficiaire décide de rester sur place.

RAPPEL : Pour pouvoir bénéficier de cette avance, le Bénéficiaire signera, lors de la demande d'assistance :

- une autorisation de transmission directe pour permettre à l'Assisteuse d'effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié pour recouvrer les avances de frais engagées à ce titre,
- une lettre d'engagement sur l'honneur, par laquelle le Bénéficiaire s'engage à rembourser l'intégralité de l'avance effectuée par l'Assisteuse en cas de non prise en charge par la Sécurité Sociale.

b) Prise en charge du reste à charge des frais médicaux

L'Assisteuse rembourse, sous condition de prise en charge par la Sécurité Sociale et après intervention de celle-ci et d'organismes complémentaires, les frais médicaux définis ci-après, à condition que ces frais concernent des examens et soins reçus à l'étranger, sur ordonnance médicale, à la suite d'une maladie ou d'un accident imprévus survenus dans ce pays, dans la limite de **80 000 euros TTC.**

Frais médicaux couverts à l'étranger :

- honoraires médicaux,
- frais d'urgence,
- frais d'examens complémentaires (analyses, radiologies...), pharmaceutiques et de contrôle après hospitalisation ou d'urgence médicale,
- frais d'hospitalisation imprévue,
- frais chirurgicaux imprévus.

Pour donner lieu à remboursement, toute consultation, hospitalisation et intervention chirurgicale doivent être déclarées à l'Assisteuse dans les 48 heures après la survenue de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou de l'hospitalisation imprévue.

L'Assisteuse prend en charge sur présentation d'une facture acquittée, les frais occasionnés pour une prestation dentaire à caractère d'urgence à concurrence de **160 euros TTC par séjour à l'étranger, sous condition de prise en charge par la Sécurité Sociale après intervention de celle-ci et d'éventuels organismes complémentaires.**

Sont considérés comme soins d'urgence :

- les soins pour calmer la douleur : les dévitalisations, pansements, obturations, extractions,
- les réparations de prothèses dentaires nécessaires pour permettre à nouveau la mastication (la mise en place de nouvelles prothèses conjointes ou adjoindes n'est pas prise en charge).

18. TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS EN FRANCE OU A L'ÉTRANGER

Au cours de votre voyage, si le Bénéficiaire est dans l'impossibilité de contacter une personne qui se trouve en France, l'Assisteuse transmet, à l'heure et au jour choisis par le Bénéficiaire, le message que celui-ci aura préalablement communiqué par téléphone.

19. PRESTATIONS EN CAS DE POURSUITE JUDICIAIRE A L'ÉTRANGER

A. AVANCE DE LA CAUTION PÉNALE A L'ÉTRANGER

L'Assisteuse effectue, en l'absence de toute faute ou délit intentionnel commis directement par le Bénéficiaire, le dépôt des cautions pénales, civiles ou douanières, dans la limite de **700 euros TTC**, en cas d'incarcération du Bénéficiaire ou lorsque celui-ci est menacé de l'être.

Ce dépôt de caution a le caractère d'une avance consentie au Bénéficiaire contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution auprès de l'Assisteuse. Cette avance devra être intégralement remboursée par le Bénéficiaire à l'Assisteuse dans le délai de **30 jours à réception de la facture de l'Assisteuse.**

B. AVANCE DES FRAIS DE JUSTICE À L'ÉTRANGER

L'Assisteuse avance, dans la limite de **1525 euros TTC**, des honoraires d'avocat et/ou frais de justice que le Bénéficiaire peut être amené à supporter à l'occasion d'une action en défense ou recours devant une juridiction étrangère, en cas d'accident, de vol, de dommages ou de tout autre préjudice subi au cours du séjour ou du voyage.

Cette avance est consentie au Bénéficiaire contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution auprès de l'Assisteuse. Cette avance devra être intégralement remboursée par le Bénéficiaire à l'Assisteuse dans le délai de **30 jours à réception de la facture de l'Assisteuse.**

C. AVANCE DE FONDS PREMIÈRE NÉCESSITÉ

A la suite du vol ou de la perte des moyens de paiement (carte de crédit, chéquier, etc...) du Bénéficiaire, et si celui-ci est démuné de moyens financiers. L'Assisteur fait parvenir **une avance de fonds d'un montant maximum de 1 500 euros TTC** afin que le Bénéficiaire puisse faire face à ses dépenses de première nécessité, aux conditions préalables suivantes :

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

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser l'Assisteur de cette avance dans un délai de 30 jours après réception de notre facture ou aussitôt que la caution pénale vous aura été restituée par les autorités si la restitution intervient avant l'expiration de ce délai.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

20. PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS D'UN PROCHE DU BÉNÉFICIAIRE EN FRANCE

RETOUR PRÉMATURÉ

Si le Bénéficiaire doit interrompre son séjour en France ou à l'étranger, afin d'assister aux obsèques d'un proche en France, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour du Bénéficiaire.

21. PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS DU BÉNÉFICIAIRE DANS LE MONDE ENTIER

A. TRANSFERT OU RAPATRIEMENT DU CORPS OU DE L'URNE CINÉRAIRE

En cas de décès du Bénéficiaire lors d'un déplacement, l'Assisteur organise le rapatriement ou le transfert de la dépouille mortelle ou de ses cendres, jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile en France ou dans les DROM.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement/transfert, (pompes funèbres, transporteurs...) est du ressort exclusif de l'Assisteur. Sous cette condition expresse, les frais de transport, d'embaumement et d'administration, ainsi qu'un cercueil standard, conforme aux règlements internationaux pour permettre le transport, sont également pris en charge par l'Assisteur. **Dans le cas où la famille du Bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par l'Assisteur, les frais correspondants sont à sa charge.**

Frais non pris en charge

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps (tels que les ornements ou accessoires), les frais d'obsèques et d'inhumation ou de crémation, ainsi que les frais de convois locaux.

Retour différé du corps

A la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'Assisteur prend en charge les frais de rapatriement/transfert.

Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.

Pour les étudiants étrangers en France, l'Assisteur organise et prend en charge le transport du défunt Bénéficiaire à concurrence de **3000 Euros TTC dans son pays d'origine.**

B. FRAIS DE CERCUEIL EN CAS DE DÉCÈS DU BÉNÉFICIAIRE

En cas de décès du Bénéficiaire, l'Assisteur participe aux frais de cercueil ou frais d'urne, que la famille se procure auprès du prestataire funéraire de son choix, **jusqu'à un maximum de 1 500 euros TTC.**

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

CADRE JURIDIQUE

22. ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social : 46 rue du Moulin - CS32427 - 44124 VERTOU Cedex.

23. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES

A. COMPORTEMENT ABUSIF

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement. Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

B. RESPONSABILITÉ

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales. L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

C. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

24. EXCLUSIONS

A. EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES PRESTATIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

B. EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES PRESTATIONS EN CAS DE DEMANDE D'ASSISTANCE A L'ÉTRANGER

Dans le cadre de la présente garantie, l'Assisteur ne prend pas en charge :

- les cas d'assistance dont le fait générateur est antérieur à l'adhésion aux garanties d'assistance et au voyage,
- les conséquences d'actes intentionnels de la part du Bénéficiaire ou les conséquences d'actes dolosifs,
- les conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'instabilité notoire, de mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure,
- les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectant diffusés de façon intentionnelle ou accidentelle, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions (ou leurs essais) quelles qu'elles soient, soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque le Bénéficiaire y participe en qualité de concurrent,
- les conséquences des tentatives de suicide, les cures thermales, les interventions à caractère esthétique et leurs conséquences éventuelles, les séjours en maison de repos, la rééducation, kinésithérapie, chiropraxie, les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou l'interruption volontaire de grossesse,
- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence,
- les demandes relatives à la procréation ou à la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les dommages survenus au Bénéficiaire se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire,
- les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour,
- les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple), les frais d'appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires, orthopédiques notamment),
- les frais de secours et de recherches de toute nature,
- les frais de soins dentaires supérieurs à 160 euros TTC,
- les frais engagés en France qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus à l'étranger ou dans le pays de résidence habituelle,
- les frais engagés sans accord préalable de l'Assisteur et non expressément prévus par la présente notice d'information,
- les frais non justifiés par des documents justificatifs,
- les frais liés à la prise en charge d'états pathologiques ne relevant pas de l'urgence, les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination, les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés dans le pays de résidence habituelle, les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques engagés dans le pays de résidence habituelle qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie, blessure(s) ou accident survenus hors du pays de résidence habituelle du Bénéficiaire,
- Les frais occasionnés par la pratique d'un sport violent (sport de lutte (avec ou sans armes blanches), art martiaux et boxe) ou sports extrêmes basée sur le milieu dans lequel ils sont pratiqués : les sports aériens (base jump, saut à élastique, vol à voile, parapente, deltaplane, saut en parachute) ; sports terrestres (alpinisme, escalade) et les sports aquatiques (barefoot, plongeon de haut vol, apnée) exercés en club ou en compétition, en amateur ou en professionnel.
- les greffes ou ablations d'organes, de tissus ou de cellules,

- les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le jour du départ en voyage et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse au-delà de la 28ème semaine,
- les litiges dont le Bénéficiaire avait connaissance lors de l'adhésion aux garanties d'assistance,
- les voyages entrepris et les frais engagés dans un but de diagnostic et/ou de traitement lié à un état pathologique antérieur,
- tout acte intentionnel de la part du Bénéficiaire pouvant entraîner la mise en œuvre des garanties d'assistance,
- toute imprudence ou risque inutile pris par le Bénéficiaire, ou tout manquement de sa part à prendre des mesures raisonnables de précaution, sauf s'il a agi pour tenter de sauver une personne en danger,
- un fait générateur trouvant son origine dans une maladie et/ou blessure préexistante(s) diagnostiquée(s) et/ou traitée(s) ayant fait l'objet d'une hospitalisation (hospitalisation continue, hospitalisation de jour ou ambulatoire) dans les 6 mois précédant la demande d'assistance, qu'il s'agisse d'une manifestation ou de l'aggravation dudit état.

De même, le Bénéficiaire n'est pas couvert s'il voyage dans les cas suivants :

- contrairement à l'avis de son médecin,
- après avoir reçu un diagnostic de maladie chronique en phase terminale,
- lors d'une période de maladie, de traitement important ou d'incapacité à travailler, s'il doit subir une opération chirurgicale, sans que cela n'ait été encore fait.

Concernant les remboursements des frais médicaux à l'étranger :

Les garanties sont mises en œuvre sans préjudice des dispositions des articles L 871-1 et suivants du code de la Sécurité Sociale et des textes pris pour leur application. A ce titre sont exclues la prise en charge des franchises médicales et des participations forfaitaires dans l'hypothèse où elles ont été appliquées par la Sécurité Sociale.

25. NULLITÉ DE LA PRESTATION

Si le Bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le Bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

26. RECOURS

Le Bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

27. SUBROGATION

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du Bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du Bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

28. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'exécution des présentes conditions générales sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

En cas de réalisation du risque, 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, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

29. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé.

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex. En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle

préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à WORLDLINE, Immeuble River Ouest, 80 quai Voltaire, 95870 BEZONS ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

30. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire peut effectuer une réclamation auprès de RMA :

- Par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la présente notice.
- Si le Bénéficiaire n'a pas immédiatement obtenu satisfaction par téléphone, ou s'il souhaite effectuer sa réclamation par écrit, il peut adresser sa réclamation à l'adresse du siège social : RMA – Service Qualité – 46, rue du Moulin – CS 32427 – 44124 VERTOU Cedex.

RMA adressera un accusé de réception dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Bénéficiaire dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante :

Médiateur de la Mutualité Française FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS Cedex 15

31. AUTORITÉ DE CONTROLE

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4, place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.