

REGLEMENT MUTUALISTE ET NOTICES D'INFORMATIONS SMGP 2018
Assemblée Générale du 14 décembre 2017

REGLEMENT MUTUALISTE
SOCIETE MUTUALISTE GENERALE DE PREVOYANCE
S.M.G.P.

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
Siège social : 28 rue Fortuny - 75017 PARIS – immatriculée au Répertoire SIRENE
sous le numéro 316 710 441

La SMGP est soumise au contrôle de l'ACPR -
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09



REGLEMENT MUTUALISTE	P. 3
NATURE ET OBJET DU REGLEMENT	P. 3
TITRE I - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS	P. 3
Chapitre I - Adhésion individuelle	P. 3
Chapitre II - Démission, radiation, exclusion	P. 3
Chapitre III - Membres participants et ayants droits	P. 4
Chapitre IV - Obligations des adhérents envers la mutuelle	P. 4
TITRE II - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS	P. 5
Chapitre I - Prestations accordées par la mutuelle	P. 5
Chapitre II - Subrogation	P. 7
Chapitre III - Information des adhérents - traitement des réclamations	P. 7
Chapitre IV - Dispositions diverses	P. 8
NOTICES D'INFORMATIONS RELATIVES AUX GARANTIES PROPOSEES PAR LA SMGP DANS LE CADRE DE CONTRATS COLLECTIFS SOUSCRITS PAR LA SMGP AUPRES DE TIERS ASSUREURS	P. 8
CHAPITRE 1 : ASSISTANCE A DOMICILE/VIE QUOTIDIENNE/VOYAGES	P. 8
A - Assistance Domicile/Vie quotidienne	P. 8
B - Assistance aux personnes en voyages	P. 12
CHAPITRE 2 : GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE	P. 14
ANNEXE	P.17

RÈGLEMENT MUTUALISTE

NATURE ET OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du code de la mutualité, le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

A l'égard des membres participants, le contrat est constitué par le BULLETIN D'ADHESION, la CARTE D'ADHERENT, les STATUTS, le PRESENT REGLEMENT MUTUALISTE et s'applique sans préjudice des dispositions du code de la mutualité.

Les dispositions du règlement mutualistes peuvent être modifiées par l'Assemblée générale de la Mutuelle ; les modifications sont opposables aux membres participants dès qu'elles leur sont notifiées.

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

SUBSTITUTION

Les membres participants sont informés que la Mutuelle est substituée dans ses droits et obligations par l'Union Mutualiste Générale de Prévoyance, UMGP, union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et portant le N° SIREN 316 730 662, dont le siège est 28 rue Fortuny - 75017 PARIS.

TITRE I : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Chapitre I - Adhésion individuelle

Article 1 - Modalités d'adhésion - renonciation - tacite reconduction

Acquièrent la qualité de membres participants de la Mutuelle, les personnes physiques qui remplissent les conditions définies à l'article 8 des statuts et qui font acte d'adhésion, constaté par la signature du bulletin d'adhésion. Les membres participants sont ci-après dénommés « adhérents ».

La signature du bulletin d'adhésion qui est impérativement précédée, en vertu des articles L.221-4 et L.221-18 du code de la mutualité, de la communication préalable à l'adhérent des statuts, du règlement mutualiste et du bulletin d'adhésion, emporte, ainsi que le déclare l'adhérent, acceptation des dispositions desdits documents et des droits et obligations qu'ils édictent.

L'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant un délai de trente (30) jours calendaires, en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception adressée au siège de la Mutuelle. Ce délai de 30 jours court à compter de la date à laquelle l'adhérent est informé que la garantie a pris effet.

En cas d'exercice par l'adhérent de sa faculté de renonciation, la Mutuelle lui restitue intégralement les cotisations versées sauf, le cas échéant, la fraction de cotisation proportionnelle aux prestations fournies par la Mutuelle jusqu'au jour de l'exercice de la faculté de renonciation.

Les garanties de la Mutuelle se renouvellent par tacite reconduction, automatiquement, à leur date d'échéance (fixée au 31 décembre

de l'année civile) pour douze (12) mois, sauf dénonciation ou résiliation effectuée conformément aux dispositions des articles 3, 4 ou 5 du présent règlement mutualiste.

Tout changement de garantie sollicité en cours d'année, quelle que soit la date de demande de l'adhérent, ne sera effectif qu'au premier janvier suivant.

Article 2 - Prise d'effet et durée des garanties

Pour les adhérents ayant acquitté leur cotisation annuelle ou, en cas de paiement fractionné, la première échéance de cotisation, et pour leurs ayants droit inscrits, l'ouverture des droits prend effet au lendemain 0h de la date d'adhésion.

Un délai de carence d'un (1) mois s'applique lors de la première adhésion si l'adhérent (ou l'ayant droit inscrit) n'était pas couvert par une autre mutuelle, et uniquement en cas de maladie. Le délai de carence est de dix (10) mois pour la maternité.

Toutefois, le délai de carence d'un (1) mois ne s'applique pas dans les deux cas suivants :

- En cas d'accident,
- Si l'adhérent (ou l'ayant droit) était couvert par une autre mutuelle et qu'il fournit un certificat de radiation de moins d'un mois.

L'adhésion vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle se reconduit tacitement au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Chapitre II - Démission, radiation, exclusion

Article 3 - Faculté de dénonciation annuelle de l'adhésion

Le membre participant, pour les opérations individuelles, peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant à la Mutuelle (à l'adresse de son siège social) une lettre recommandée avec accusé réception, au moins deux mois avant la date d'échéance soit, au plus tard le 31 octobre de l'année civile.

La date limite d'exercice du droit à dénonciation de l'adhésion est rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation, conformément aux dispositions légales.

Nonobstant les dispositions ci-dessus, et conformément aux dispositions de l'article L.221-10-1 du code de la mutualité, si l'avis d'échéance annuelle de cotisation est adressé à l'adhérent postérieurement au 15 octobre de l'année considérée, ce dernier est alors informé qu'il dispose d'un délai de vingt (20) jours, suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance, pour dénoncer son adhésion (le cachet de la Poste faisant foi).

Article 4 - Fin ou résiliation de contrat par changement de situation

Sous réserve des dispositions législatives en vigueur, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties :

- lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement de la Mutuelle,
- ou en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial ou de profession de l'adhérent, lorsque la situation antérieure était en relation directe avec la garantie de risques qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle, conformément aux dispositions de l'article L.221-17 du code de la mutualité.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un (1) mois après réception de sa notification et emporte radiation de l'adhérent. La notification du changement de situation doit être adressée à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé réception, à l'adresse de son siège social.

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la Mutuelle dans les cas de résiliation susmentionnés.

Article 5 - Suspension et résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations

Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure de l'adhérent. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration des délais prévus aux alinéas précédents, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

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

Chapitre III - Membres participants et ayants droits

Article 6 - Catégories de personnes garanties - conditions d'affiliation des ayants droit

Les personnes susceptibles de bénéficier des garanties de la Mutuelle sont, d'une part, les membres participants (adhérents) de la Mutuelle (répondant aux conditions fixées à l'article 8 des statuts et faisant acte d'adhésion conformément aux dispositions de l'article 1 ci-dessus) et, d'autre part, les ayants droit dont les adhérents sollicitent l'affiliation, dans les conditions définies ci-après.

L'adhérent peut, moyennant le paiement d'une cotisation additionnelle dont le montant est indiqué à l'article 7 ci-après et sur présentation de justificatifs (livret de famille, acte de naissance, pièce d'état civil, avis d'imposition ou de non-imposition faisant état des enfants à charge, et tout document que la MCF jugera utile pour l'étude du dossier), demander l'affiliation des ayants droit appartenant aux catégories suivantes :

- Le conjoint de l'adhérent ou son concubin, ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité avec l'adhérent ;
- Les enfants mineurs à charge (le troisième enfant mineur et les suivants sont pris en charge gratuitement).

Dans tous les cas, les ayants droits affiliés bénéficient obligatoirement de la même garantie que celle de l'adhérent auquel ils sont rattachés et bénéficient donc des taux de remboursement de ladite garantie.

Chapitre IV - Obligations des adhérents envers la mutuelle

COTISATIONS

Article 7 - Montant et modalités de paiement des cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui varie en fonction de la garantie choisie et en fonction de la couverture, ou non, d'ayants droit inscrits. Cette cotisation est affectée, pour partie, à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle et des allocations spécifiques de la Mutuelle et, pour partie, à la couverture des risques portés par d'autres organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance, avec lesquels la Mutuelle a souscrit des contrats collectifs lui permettant de faire bénéficier ses adhérents des garanties complémentaires décrites dans les Notices d'information jointes au présent règlement mutualiste.

La cotisation est fixée forfaitairement. La cotisation est individuelle, et déterminée au moment de son appel (adhésion ou renouvellement) en fonction de l'âge de l'adhérent (et, en cas d'affiliation d'ayant droit, en fonction de l'âge de l'ayant-droit inscrit) et de la garantie choisie.

La cotisation annuelle peut être acquittée, soit en un paiement unique au jour de l'adhésion, soit en paiements fractionnés (mensuels, trimestriels ou semestriels). En cas de paiement fractionné, les échéances (mensuelles, trimestrielles ou semestrielles) sont réglées par un prélèvement bancaire opéré sur le compte de l'adhérent le 10 du mois considéré.

Est comprise dans la cotisation la cotisation spéciale destinée à l'organisme supérieur désigné ci-après, dont le montant pour l'année 2017 est fixée à 1 euro : U.M.G.P. (Union Mutualiste Générale de Prévoyance), dont le siège social est à Paris (17^{ème}), 28 rue Fortuny.

Cotisations : gammes Hospitalière*, Sécurité, Confort, Harmonie, Sésame, Sésame « + », Plénitude SMGP et du PACK SMGP.

- annuelle (en un paiement unique à l'adhésion):

. Hospitalière* 35€ (cette garantie n'est désormais plus proposée à la vente).

PACK SMGP 45 €

- Garanties pouvant être acquittées en paiement unique ou fractionné (les montants figurant dans le tableau ci-dessous correspondent à la cotisation mensuelle) :

	Sécurité	Confort	Harmonie	Plénitude	Sésame	Sésame +
0 à 17 ans	6,80 €	18,10 €	23,60 €	61,60 €	44,45 €	46,05 €
18 à 24 ans	14,55 €	32,05 €	47,30 €	84,85 €	89,10 €	92,35 €
25 à 29 ans	15,95 €	34,65 €	51,95 €	100,50 €	95,30 €	98,70 €
30 à 34 ans	18,10 €	41,90 €	56,05 €	109,35 €	107,10 €	110,95 €
35 à 39 ans	21,30 €	49,15 €	63,40 €	121,75 €	121,50 €	125,85 €
40 à 44 ans	22,50 €	51,70 €	67,55 €	133,25 €	126,35 €	130,85 €
45 à 49 ans	23,90 €	55,70 €	76,55 €	150,40 €	137,30 €	142,30 €
50 à 54 ans	26,80 €	60,05 €	80,00 €	163,85 €	143,45 €	148,55 €
55 à 59 ans	30,90 €	69,60 €	91,15 €	192,35 €	162,15 €	167,95 €
60 à 64 ans	39,60 €	81,85 €	103,15 €	231,15 €	174,20 €	195,55 €
65 à 69 ans	45,85 €	93,45 €	116,25 €	266,55 €	194,25 €	218,10 €
70 à 74 ans	51,60 €	102,95 €	128,95 €	301,25 €	211,20 €	237,20 €
75 à 79 ans	57,55 €	117,95 €	147,00 €	337,25 €	237,40 €	266,65 €
80 ans et +	66,70 €	130,80 €	165,10 €	417,90 €	258,10 €	289,90 €

Le changement de tranche d'âge a lieu le 1^{er} janvier suivant la date anniversaire (de l'adhérent ou de l'ayant droit inscrit). Par exemple : l'âge de 45 ans est atteint le 22 février 2017, le changement de tranche d'âge aura lieu le 1^{er} janvier 2018.

Le 3^{ème} enfant mineur affilié et les enfants mineurs suivants sont pris en charge gratuitement par la Mutuelle.

Par ailleurs, lors de l'Assemblée générale du 14 décembre 2017, il a été voté la gratuité d'un mois de cotisation pour les adhérents en renouvellement.

En cas de paiement fractionné, l'adhérent se doit de signifier à la SMGP les mises à jour du Mandat SEPA suite à des modifications le concernant (ex : changement de compte ou de banque).

Article 8 - Perception des prestations

Pour percevoir leurs prestations et en ouvrir le droit à leurs ayants droit, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations

TITRE II : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Chapitre I - Prestations accordées par la Mutuelle

Article 9 - Principes généraux

La Mutuelle assure des prestations mutualistes complémentaires de l'Assurance Maladie. Pour le service de ces prestations, elle est substituée par l'UMGP.

Les garanties mutualistes proposées par la Mutuelle sont :

- Sécurité SMGP
- Confort SMGP
- Harmonie SMGP
- Sésame SMGP
- Sésame « + » SMGP
- Plénitude SMGP

I - Conditions Générales

Tout membre participant, affilié ou non à un régime de Sécurité Sociale, ayant droit ou non d'un assuré social, peut bénéficier des prestations mutualistes complémentaires de l'Assurance Maladie.

II - Ouverture des droits

Pour bénéficier des prestations servies par la Mutuelle et en ouvrir le droit à leurs ayants droit inscrits, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations et avoir accompli, à la date de l'acte médical faisant l'objet de la demande de remboursement, le stage qui leur est imposé.

La durée du stage est de 1 mois en cas de maladie, réduite à néant en cas d'accident, et de 10 mois pour la maternité.

Ces délais de stage s'appliquent également lors d'un changement de garantie vers une garantie dont les prestations sont plus favorables (étant ici rappelé que tout changement de garantie sollicitée en cours d'année civile ne prend effet que le 1^{er} janvier de l'année suivante).

Les membres participants antérieurement affiliés à une autre mutuelle servant des prestations complémentaires de l'Assurance Maladie et semblables à celles fournies par la SMGP sont dispensés de stage à condition de produire un certificat de radiation de moins d'un mois démontrant la continuité de leur couverture.

Les prestations ne peuvent être versées que pour des actes prescrits et dispensés pendant la période d'ouverture des droits.

III - Cas spéciaux

Les prestations servies aux membres participants qui ne sont affiliés à aucun régime d'Assurance Maladie, sont égales à celles qui leur seraient servies par la Mutuelle pour la part mutualiste s'ils étaient affiliés au régime de référence pour le paiement de leur cotisation.

IV - Règles concernant les cumuls

Les prestations de la Mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la Sécurité Sociale ainsi que celles servies par tout autre organisme de prévoyance. La Mutuelle n'intervient qu'en complément de celle des autres organismes.

Le total des remboursements ne peut être en aucun cas supérieur au prix réel payé par le membre participant et le bénéficiaire.

Dans le cas où la prestation théorique de la Mutuelle serait supérieure au montant des frais restant à la charge du membre participant et bénéficiaire, la différence entre le montant du remboursement et du prix réellement payé doit être seule servie.

V - Risques couverts

Tous les actes pris en charge par la Sécurité Sociale. Les taux de référence sont ceux indiqués par l'article R 322-1 du Code de la Sécurité Sociale.

La modification de ces taux n'entraîne pas automatiquement modification du taux de participation de la Mutuelle.

VI - Exclusions

Sont exclus :

- les actes de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident,
- les interventions entraînées par une maladie ou une infirmité antérieure à l'admission, sauf avis du médecin conseil établissant qu'au moment de l'admission il n'y avait pas d'indication opératoire,
- les interventions, quelle qu'en soit la cause, pratiquées à la suite :
 - . d'actes volontairement commis par l'assuré tels que : tentative de suicide, mutilation, duel, participation directe et effective à une émeute ou à un soulèvement populaire,
 - . des faits de guerre civile ou étrangère et autres cataclysmes,
 - . de compétitions, démonstrations acrobatiques, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, tentatives de record,
- les maladies, infirmités et hospitalisations prises en charge à 100 % par la Sécurité Sociale,
- les maladies mentales (Code de la Santé).

VII - Forclusion

Les dossiers ouvrant droit aux prestations doivent sous peine de forclusion, être présentés dans le délai de deux (2) ans suivant la date d'établissement des volets de décompte par la Sécurité Sociale ou par l'organisme conventionné.

Article 10 - La garantie PACK SMGP

La garantie PACK SMGP est composée de :

- de la garantie Responsabilité Civile dont la notice d'Information est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la Mutuelle auprès d'ACE EUROPE),
- de la garantie Individuelle Accident dont la notice d'Information

est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la Mutuelle auprès d'ACE EUROPE),

- de l'assistance Domicile et vie quotidienne dont la notice d'Information est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la Mutuelle auprès d'ACE EUROPE).

Article 11 - Fonds d'entraide

La Mutuelle crée un fonds d'entraide. Il s'agit d'un fonds de secours mutualiste, pris sur une somme spéciale déterminée chaque année par l'Assemblée Générale, auquel les membres participants des garanties SECURITE SMGP, CONFORT SMGP, HARMONIE SMGP, SESAME SMGP, SESAME « + » SMGP et PLENITUDE SMGP, peuvent faire appel lorsque des frais médicaux ou paramédicaux importants restent à leur charge.

Le fonds reçoit une dotation annuelle votée par l'Assemblée Générale. Le versement ou le refus de versement de telles allocations sont laissés à l'entière appréciation de la Mutuelle.

Article 12 - Individuelle accident – Invalidité permanente

Individuelle accident – Invalidité permanente

Evènements ouvrant droit à la garantie :

L'adhérent bénéficie de la garantie dès lors qu'il est victime d'un accident défini ainsi : toute atteinte corporelle subie par l'adhérent et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'adhérent.

Bénéficiaires

Tous les adhérents de la Mutuelle disposant d'une garantie complémentaire santé SMGP et âgés de moins de 70 ans bénéficient de cette garantie.

Invalidité Permanente

Un capital est versé à l'adhérent lorsqu'il est atteint d'une invalidité permanente à la suite d'un accident garanti.

Le capital est déterminé en fonction du taux d'invalidité dont l'adhérent est atteint.

Le taux d'invalidité permanente est fixé après consolidation par expertise médicale réalisée en France, même si l'accident est survenu à l'étranger. Le barème utilisé par l'expert pour fixer le taux d'invalidité est le barème de droit commun publié au concours médical.

Le taux d'invalidité est fixé d'un commun accord entre la Mutuelle et l'adhérent :

- Après expertise médicale par le médecin expert de la Mutuelle ou,
- Après une expertise contradictoire.

Le taux d'invalidité tient compte uniquement des atteintes à l'intégrité physique de l'adhérent sans prendre en considération l'âge, le préjudice esthétique, d'agrément ou tout autre préjudice.

Clause d'arbitrage :

En cas de contestation d'ordre médical ou de différend entre l'adhérent et la Mutuelle, chacune des parties désigne un médecin expert. Si les experts ne trouvent pas d'accord, ils feront appel à un troisième expert pour les départager.

Faute, par l'une de ces parties de nommer son expert, ou par les deux experts de s'entendre sur le choix d'un troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent, sur simple requête. Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert, et s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième.

En cas de lésions multiples :

- Si à la suite d'un accident, plusieurs membres ou organes sont

frappés d'incapacité fonctionnelle, les taux d'invalidité en résultant se cumulent, sans que le taux total puisse dépasser le pourcentage prévu pour la perte de ce membre ou de cet organe.

- L'incapacité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre est assimilée à la perte totale ou partielle de ce membre.

- En cas d'aggravation par une maladie ou infirmité préexistante, la Mutuelle indemniserait sans tenir compte de l'intervention aggravante de cette maladie ou infirmité. L'indemnité se calculerait d'après les conséquences qu'aurait eu l'accident chez une personne en bonne condition physique et psychique.

Le capital garanti est égal au capital de base du tableau ci-dessous multiplié par le taux d'invalidité et divisé par 100.

Taux d'invalidité	Montant du capital de base
De 0% à 10%	0 €
De 11% à 15%	4 000 €
De 16% à 20%	12 000 €
De 21% à 30%	24 000 €
De 31% à 50%	30 000 €
De 51% à 75%	40 000 €
De 76% à 90%	50 000 €
De 91% à 100%	70 000 €

Ainsi, pour exemple, un adhérent ayant une incapacité de 20 pour cent (soit 20%) aurait droit à un capital calculé comme suit : $12\,000 \times 20 / 100 =$ soit 2 400 euros de capital.

Montant maximum garanti :

L'ensemble des capitaux garantis sur la tête des personnes assurées lors d'un même événement ne pourra en aucun cas dépasser la somme de 1.000.000 €.

Dans le cas où les capitaux garantis dépasseraient cette somme, la Mutuelle ne pourrait être tenue de répartir proportionnellement entre les victimes, quel que soit leur nombre, qu'un montant total équivalent audit maximum.

Etendue géographique : monde entier

Formalités à accomplir en cas de survenance d'un accident

L'adhérent doit déclarer par lettre recommandée avec accusé de réception à la Mutuelle (à l'adresse de son siège social), dans les cinq jours à compter de sa survenance, tout événement de nature à faire jouer les garanties du contrat (à moins que des circonstances de nature exceptionnelle ne l'empêchent de faire une telle déclaration dans ce délai, ce dont il devra alors justifier). La non-déclaration dans les délais met la Mutuelle dans l'impossibilité de vérifier sans retard la réalité des événements déclarés. En conséquence, les événements non déclarés dans les délais ne seront pas pris en charge dans le cadre de la garantie.

A réception de la déclaration de sinistre, la Mutuelle fait remplir par l'adhérent une déclaration d'accident sur l'imprimé prévu à cet effet.

L'adhérent doit indiquer :

- La date, le lieu et les circonstances de l'accident.
- S'il y a lieu, le nom et l'adresse du tiers responsable et si possible des témoins.
- L'existence éventuelle d'un rapport de police ou de gendarmerie. L'adhérent fait parvenir ensuite à la Mutuelle :
- Un certificat médical précisant la nature des blessures et leurs suites probables.
- Les décomptes de prestations établies par le régime obligatoire ou tout autre régime de prévoyance.
- Les feuilles de soins, les ordonnances, factures d'hôpital, notes d'honoraires ou tout autre document justifiant les dépenses.
- Dans un second temps, le certificat de guérison ou de consolidation.

L'adhérent doit se soumettre :

- Au contrôle des médecins de la Mutuelle et éventuellement de la personne habilitée à la représenter pour une mission d'information. Le médecin conseil de la Mutuelle doit avoir la possibilité d'examiner l'adhérent.

Il est autorisé par l'adhérent à recevoir toute information médicale à titre confidentiel.

En outre, la Mutuelle peut demander à l'adhérent toute autre pièce qu'il juge nécessaire à l'instruction du dossier sinistre.

EXCLUSIONS :

- Les suites et conséquences d'accidents, d'infirmité ou de maladies antérieures à la date d'effet de l'adhésion.

- L'aliénation mentale, une attaque de paralysie, d'apoplexie, d'épilepsie, la psychose, névrose, maladie de Parkinson, syndrome cérébelleux, les atteintes neurologiques dégénératives, ruptures d'anévrisme, ulcères, congestions, congélations, insolations, et d'une façon générale toute affection organique dont le processus de développement a provoqué seul les dommages.

- Le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide ainsi que toute lésion provoquée intentionnellement par l'adhérent.

- L'usage par l'adhérent de stupéfiants ou de drogues non prescrits par une autorité médicale compétente.

- Les accidents résultant d'un état d'ivresse de l'adhérent lorsque le taux est supérieur au taux prévu par la législation en vigueur au moment de l'accident ainsi que les accidents résultant de l'usage des stupéfiants.

- L'utilisation ou la manipulation par l'adhérent d'un engin de guerre dont la détention est interdite.

- La navigation aérienne en qualité de personnel naviguant, l'usage d'un aéronef privé, les vols d'essais ou de prototypes.

- Les sports aériens, les sports pratiqués à titre professionnel, le saut à l'élastique, l'ascension en montagne et l'alpinisme sans guide professionnel, le saut à ski, le tremplin, le skélon, le bobsleigh, la luge sur piste, le hockey sur glace, la pratique du yachting à plus de cinq miles des côtes, la plongée sous-marine avec appareil autonome, la spéléologie, le polo, les exhibitions acrobatiques, les sports pratiqués avec un véhicule à moteur, le combat avec ou sans arme, les épreuves de neige ou de glace donnant lieu à un classement international, national ou régional.

- La guerre civile et étrangère, déclarée ou non, les mouvements populaires, les actes de terrorisme ou de sabotage auxquels l'adhérent aurait participé.

- Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation du noyau de l'atome ou de la radioactivité ainsi que des radiations par accélération artificielle de l'atome ou de la radioactivité ainsi que des radiations par accélération artificielle des particules, sauf quand ces événements se sont déroulés lors des activités d'enseignement ou dans le cadre de stages ayant fait l'objet d'une convention entre l'établissement et l'organisme d'accueil et que ces stages font partie intégrante du cursus d'enseignement.

- Les rayons X, le radium et ses composants, sauf si les dommages résultent pour l'adhérent, au cours d'un stage, d'une fausse manipulation des instruments.

- La participation de l'adhérent à une rixe, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.

- Les attentats, émeutes sont exclus si l'adhérent y prend une part active.

La Mutuelle est l'assureur de cette garantie Individuelle Accident - Invalidité permanente mais elle se réassure à hauteur de 80% auprès d'ACE EUROPE.

Article 12 - Versement des prestations

Les prestations de la mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la Sécurité Sociale ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne

peut cependant être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Dans le cas où la prestation théorique de la mutuelle serait supérieure au montant des frais restant à la charge de l'adhérent, la différence entre le montant des remboursements et le prix réellement payé doit seule être servie.

Article 13 - Tableau des prestations

Tableau des prestations : voir le tableau en annexe.

Chapitre II - Subrogation

Article 14 - Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou l'ayant droit inscrit victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Chapitre III - Information des adhérents - traitement des réclamations

Article 15 - Information des adhérents

Le présent règlement mutualiste et les modifications qui peuvent y être apportées sont portés à la connaissance des adhérents.

L'adhérent est informé :

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès,

- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Article 16 - Traitement des réclamations - Médiation

En cas de contestation de l'adhérent sur une réponse ou une demande que lui a faite la Mutuelle, l'adhérent dispose des voies de recours suivantes.

1^{er} niveau : La réclamation

Le service réclamations de la SMGP peut être saisi par l'adhérent selon l'une quelconque des voies suivantes :

- Par courrier : le courrier accompagné des pièces justificatives doit être adressé à la **SMGP - Service Adhésions / Réclamations - 16, Boulevard du Général Leclerc - 92115 CLICHY Cedex**

- Par téléphone : au **01 56 54 36 34** du lundi au vendredi de 9h à 18h

- En accueil : Déposer les pièces justificatives au **54, Boulevard Saint-Michel - 75006 Paris** - du lundi au jeudi de 9h à 17h30 (20h le jeudi), et le vendredi et samedi de 9h30 à 17h30.

2^{ème} niveau : La Médiation

Uniquement dans une deuxième étape, si la réclamation n'aboutit pas, l'adhérent peut saisir le Médiateur, par lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée des pièces justificatives à l'adresse suivante :

Médiateur FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 Paris cedex 15

Chapitre IV - Dispositions diverses

Article 17 - Informatique et Libertés

Le traitement des informations personnelles recueillies par la mutuelle est effectué sous la responsabilité de cette dernière et exclusivement aux fins de la gestion de la mutuelle conformément à son objet, en conformité avec les dispositions du Règlement n° 2016/679, dit Règlement Général sur la Protection des données (RGPD) et toute loi ou règlement français applicable.

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

Aucune donnée personnelle traitée ou détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. La mutuelle a mis en place des mesures de sécurité techniques, physiques et administratives afin d'assurer la confidentialité des données personnelles traitées ou détenues.

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

Tout membre de la mutuelle ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication et mise à jour ou rectification des données personnelles le (la) concernant, détenues dans les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle.

Article 18 - Contrôles

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout adhérent ou ayant-droit qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

La Mutuelle peut également, afin d'éclairer sa décision avant ou après le versement de prestations, demander la production de toute nouvelle pièce justificative ou de tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, ou si ce contrôle révèle que la demande de prestation ne correspond pas à la réalité des dépenses engagées ou qu'elle est dépourvue de justification médicale, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle. En cas de contrôle a posteriori (c'est-à-dire après le versement de prestations par la Mutuelle), l'adhérent devra restituer à la Mutuelle les prestations indues.

En cas de désaccord entre l'adhérent et la Mutuelle, ils peuvent choisir d'un commun accord un médecin expert. A défaut d'entente entre eux sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. La Mutuelle et l'adhérent supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et l'adhérent.

Article 19 - Droit applicable - langue des échanges entre la Mutuelle et les adhérents

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

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

Assemblée Générale du 14 décembre 2017

Président
Hugues DE GRANDI

NOTICES D'INFORMATIONS RELATIVES AUX GARANTIES PROPOSEES PAR LA SMGP DANS LE CADRE DE CONTRATS COLLECTIFS SOUSCRITS PAR LA SMGP AUPRES DE TIERS ASSUREURS

Conformément aux dispositions de l'article L.114-4 du code des assurances, les Notices d'information reportées ci-dessous ont été établies par ACE Europe, en sa qualité d'assureur desdits contrats collectifs.

Chapitre I - Assistance à domicile / Vie quotidienne / Voyages

CONTRAT N° FRBSTA01910 souscrit auprès d'ACE Europe Siège Social : 100 Leadenhall street - Londres, EC3A 3BP - Royaume Uni – Société de droit étranger au capital de 544.741.144 £ enregistrée au Registre de commerce et des compagnies d'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro 1112892. Autorité de contrôle : Financial Services Authorities 25 The North Colonnades, Canary Wharf, Londres, E14 5HS Royaume-Uni. Dans certains cas, le contrôle peut être exercé dans des conditions différentes de celles exercées au Royaume-Uni. Votre contrat est soumis à la Loi Française et à la réglementation du Code des Assurances. Direction générale pour la France : Le Colisée - 8, avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex / N°D'identification : 450 327 374 R.C.S. Nanterre APE 660 E par l'intermédiaire de l'UMGP Courtage*.

A - ASSISTANCE A DOMICILE/VIE QUOTIDIENNE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits.

Toutefois, en cas de difficultés, ACE ASSISTANCE peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics.

Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

Admission à l'hôpital :

Si le bénéficiaire le souhaite, et sur prescription médicale uniquement, ACE ASSISTANCE organise et prend en charge :

La recherche et la réservation d'une place en milieu hospitalier public ou privé, dans la limite des disponibilités dans les établissements hospitaliers situés dans un rayon de 100 km autour du domicile du bénéficiaire.

Le transport du bénéficiaire à l'hôpital et le retour au domicile par ambulance, de son domicile vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital de son choix situé dans un rayon de 50 km maximum autour de son domicile.

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié. En conséquence, le bénéficiaire s'engage à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes et à verser à ACE ASSISTANCE toutes sommes perçues par lui à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par ACE ASSISTANCE.

L'information à la famille ou aux personnes préalablement désignées par le bénéficiaire du lieu d'hospitalisation où elles pourront prendre de ses nouvelles.

Pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation imprévue :

Pendant l'hospitalisation du bénéficiaire attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, si l'hospitalisation doit durer plus de 2 (deux) jours et si aucun proche n'est disponible sur place,

OU

Pendant l'immobilisation au domicile sans hospitalisation ou pour convalescence, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, si l'immobilisation doit durer plus de 5 (cinq) jours et si aucun proche n'est disponible sur place,

ACE ASSISTANCE organise et prend en charge :

- La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire : voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient à son chevet. Le séjour à l'hôtel de la personne désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 45 € TTC par nuit, avec un maximum 90 € TTC. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

- **La garde au domicile des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante.**

Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher. A l'issue de cette prestation et si l'hospitalisation doit se prolonger, ACE ASSISTANCE pourra organiser soit la Présence d'un proche au domicile, soit le transfert des enfants chez un proche.

La présence d'un proche au domicile : voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour s'occuper des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans à la charge du bénéficiaire.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des enfants ou petits-enfants chez un proche ».

Le transfert des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche : voyage aller et retour jusque chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par le bénéficiaire ou un correspondant d'ACE ASSISTANCE.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au domicile ».

Une veille sur les ascendants par une personne de compagnie, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation.

Chaque prestation de la personne de compagnie dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux) soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum par période d'hospitalisation, soit chez un proche désigné par le

bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

La livraison de médicaments en urgence : recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire. ACE ASSISTANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par ACE ASSISTANCE et est accessible 24h/24, 7jours/7.

L'Aide-ménagère à domicile dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 12 heures pouvant être réparties sur 3 semaines.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire.

Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile.

Dans tous les cas, cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

Le coiffeur à domicile sur rendez-vous, pris en charge une fois par immobilisation et pour un maximum de 45 € TTC.

La télé assistance ponctuelle : mise à disposition au domicile d'un dispositif de télé assistance pendant 3 (trois) mois si le bénéficiaire est isolé pendant sa convalescence à la suite d'une hospitalisation de plus de 15 jours. Le dispositif est composé d'un appareil de télécommunication spécial et d'un service d'écoute. Il permet à l'assuré de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son habitation, 24 heures sur 24, en actionnant simplement une télécommande qu'il conserve sur lui. Un opérateur du service d'écoute entre en liaison vocale avec lui sans qu'il ait à décrocher son téléphone grâce au transmetteur (qui compose automatiquement le numéro du centre de surveillance et joue le rôle d'interphone). L'opérateur dialogue avec l'assuré pour analyser la situation, le rassurer et lui venir en aide en cas de problème. Il peut contacter les proches du bénéficiaire, son médecin, les pompiers, la police, un réparateur, etc. Si le bénéficiaire ne peut pas répondre, l'opérateur déclenche immédiatement l'intervention la plus rapide, c'est-à-dire conjointement les proches, amis ou voisins et les secours d'urgence si nécessaire.

Au-delà de cette période de pendant 3 (trois) mois, ACE ASSISTANCE pourra, à sa demande, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

CONDITIONS APPLICABLES A LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF TELEASSISTANCE

Lors de la demande le bénéficiaire devra nous fournir un certain nombre de données confidentielles le concernant pour la mise en place du service :

- ses coordonnées et les moyens d'accès à son domicile,
- les coordonnées d'au moins un dépositaire de clefs proche de son domicile,

- des informations concernant son entourage,
- des informations concernant son état de santé et les coordonnées de son médecin traitant, la présence éventuelle d'une autre personne ou d'animaux domestiques au domicile.

La livraison et la mise à disposition du matériel médical qui lui a été prescrit par son médecin. La demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier ou télécopie. Le coût du matériel médical reste à la charge du bénéficiaire.

La recherche d'un médecin en l'absence du médecin traitant, à l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone (médecin de garde ou service d'urgence).

Dans ce cas, ACE ASSISTANCE n'est pas responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre d'ACE ASSISTANCE.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

La recherche d'une infirmière sur prescription médicale, le plus près possible de l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone.

Dans ce cas, ACE ASSISTANCE n'est pas responsable si aucune infirmière n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre d'ACE ASSISTANCE.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

Prestations spéciales pour enfant hospitalisé ou immobilisé au domicile

Pendant l'immobilisation au domicile sans hospitalisation ou pour convalescence, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, si l'immobilisation doit durer plus de 2 (deux) jours et si aucun proche n'est disponible sur place, ACE ASSISTANCE organise et prend en charge :

La garde au domicile de l'enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent, dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'immobilisation. Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est assurée par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens. Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile.

La conduite de l'enfant à l'école s'il peut assister à ses cours mais qu'il a des difficultés à se déplacer et qu'aucun proche ne peut assurer son transport. Le transport est organisé par taxi et pris en charge à hauteur de 300 € TTC maximum par période d'immobilisation.

Une aide pédagogique dans les matières scolaires principales lorsque l'immobilisation imprévue au domicile entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs. Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner le répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe du bénéficiaire. Il pourra, avec l'accord du bénéficiaire et de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels du bénéficiaire l'étendue du programme à étudier.

L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi, à raison de 15 heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables par tranche de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire.

La mise en place de l'aide pédagogique peut nécessiter un délai 2 jours ouvrés.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'hospitalisation imprévue de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs.

En cas de Traumatisme psychologique

Lorsque le bénéficiaire est confronté à une situation difficile telle qu'une agression, un accident ou une maladie grave dont lui-même ou un de ses proches est victime, ou tous autres événements qui l'affectent psychologiquement et qu'il souhaite être accompagné pour mieux les surmonter, ACE ASSISTANCE organise et prend en charge :

Un soutien psychologique par un psychologue clinicien qui aidera le bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile. La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue d'ACE ASSISTANCE qui le rappellera pour entamer la démarche. Si besoin, le bénéficiaire pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe d'ACE ASSISTANCE soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur. L'accompagnement proposé est limité à 3 entretiens au plus. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

Un accompagnement psychologique par un psychologue proche du domicile du bénéficiaire. Cette prestation est soumise à une évaluation conjointe par le médecin d'ACE ASSISTANCE et le médecin traitant du bénéficiaire ou le médecin urgentiste intervenu au moment de l'événement.

Si la situation du bénéficiaire justifie un accompagnement psychologique en raison de l'ampleur du traumatisme subi, un premier rendez-vous avec le psychologue permet de déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement. Dans ce cas, la prise en charge d'ACE ASSISTANCE est limitée à 12 heures de consultation en cabinet. Dans le cas contraire, le médecin traitant convient avec son patient du mode d'intervention adapté.

En cas de difficulté à reprendre la vie professionnelle

Aide au Retour à l'Emploi et Aide au Retour à la Vie Professionnelle pour les Accidentés.

Lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie médicalement attestés, le bénéficiaire a perdu son emploi, ou que son état rend difficile sa réintégration dans la vie professionnelle, ACE ASSISTANCE lui propose une mise en relation avec un organisme spécialisé sur simple demande formulée par téléphone du lundi au vendredi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés :

Dans le cadre de cette prestation ACE Assistance assure un service uniquement et strictement limité à la France Métropolitaine.

Décès

ACE ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire les services ci-après :

Informations Décès / Succession

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, le bénéficiaire, pour préparer sa succession, ou ses proches, trouveront auprès des spécialistes d'ACE ASSISTANCE, les renseignements dont ils ont besoin dans les domaines ci-après :

Le décès : le décès à l'hôpital/le décès à domicile ; la constatation du décès ; les prélèvements d'organes, les dons d'organes ; la conservation du corps : la thanatopraxie ; le transport du corps ; les chambres funéraires.

Les obsèques : les sociétés de pompes funèbres ; les sociétés de marbrerie funéraire ; l'organisation des pompes funèbres en France ; la préparation des obsèques ; la toilette du défunt ; le choix du cercueil et des accessoires ; les voitures funéraires ; les concessions ; la crémation ; les différents rites et cérémonies religieuses.

Les démarches de succession : le règlement des frais d'obsèques ; l'apposition des scellés ; le sort des avoirs financiers et des biens détenus par le défunt (mobilier, objets, véhicules, biens immobiliers...) : règles applicables et démarches à effectuer.

Les formalités auprès des organismes, droits à faire valoir et calendrier : Caisse de Retraite, employeur, ASSEDIC, établissements financiers, Sécurité sociale, allocations familiales, mutuelles, administration fiscale...

Le compte bancaire joint, les assurances...

Les déclarations à la mairie...

Le règlement de la succession : les options offertes aux héritiers et leurs conséquences : l'acceptation de la succession, l'acceptation sous bénéfice d'inventaire, la renonciation.

Les règles de répartition de la succession : l'ordre de succession et les modalités d'attribution ; les règles applicables, générales, et particulières à certaines situations (représentation, fente successorale, enfants adoptés, décès simultanés, transmission des droits de propriété littéraire et artistiques...) ; les droits du conjoint survivant.

Les situations particulières d'héritage : le testament, les donations, l'usufruit, la nue-propriété ; les mineurs, les incapables majeurs ; les héritiers résidant à l'étranger.

Comment disposer, prendre possession des biens : l'indivision ; les formalités : actes notariés, pièces héréditaires ; le partage.

Les droits de succession : les biens à déclarer ; la détermination de l'actif successoral taxable ; le paiement des droits et contrôle du fisc.

Les droits du conjoint et de ses enfants : l'aide sociale ; l'allocation veuvage ; la pension de réversion de la Sécurité sociale.

Les droits des conjoints divorcés (pension partagée).

La location (le droit au maintien).

Le capital décès pour les cotisants à la Sécurité sociale.

Assistance Décès

Lorsque le bénéficiaire décède au domicile ou en milieu hospitalier proche du domicile, ACE ASSISTANCE apporte son concours à ses proches pour les aider à faire face, et à leur demande, organise et prend en charge : la garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux) à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum, en attendant que la famille prenne les dispositions appropriées. L'animal concerné doit

avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

Organisation des obsèques

A la demande de la famille du bénéficiaire et pour son compte, ACE ASSISTANCE peut se charger de coordonner l'organisation des obsèques en France métropolitaine : convoi, cérémonie religieuse, ouverture du caveau et mise en bière, ...

Pour ce faire, ACE ASSISTANCE fait appel à son prestataire habituel ou à celui désigné par la famille ou par le bénéficiaire dans les informations confiées à ACE ASSISTANCE.

Dans ce cas, un devis envoyé aux ayants droit pour accord préalable doit être approuvé par un ayant droit ou une personne ayant reçu délégation pour ce faire. Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation sont à la charge de la famille.

Assistance aux enfants du bénéficiaire décédé :

Si aucun proche n'est en mesure de s'occuper d'eux, ACE ASSISTANCE organise et prend en charge pour les enfants du bénéficiaire décédé âgés de moins de 15 ans :

- La présence d'un proche au domicile du bénéficiaire : voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par la famille, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour s'occuper des enfants ou petits-enfants. Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert des enfants ou petits-enfants chez un proche » et « Garde au domicile des enfants ou petits-enfants ».

- Le transfert des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche : voyage aller et retour jusque chez un proche désigné par la famille, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par la famille ou un correspondant d'ACE ASSISTANCE.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » et « Garde au domicile des enfants ou petits-enfants ».

- La garde au domicile des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » et « Transfert des enfants ou petits-enfants chez un proche ».

Exclusions Générales applicables aux prestations assistance à domicile et vie quotidienne :

Sont exclus :

les demandes non justifiées, les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées, les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile, les hospitalisations prévisibles, les maladies et accidents et leurs conséquences,

antérieurs à la date d'effet du contrat, les maladies chroniques psychiques, les maladies psychologiques antérieurement avérées/constituées (ou) en cours de traitement, les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées, les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance, les états de grossesse, sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 36ème semaine d'aménorrhée, les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, et de l'absorption d'alcool, les conséquences de tentative de suicide, les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire, les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense, les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche, la plongée sous-marine si le bénéficiaire ne pratique pas ce sport dans une structure adaptée et reconnue par la CMAS (Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques) et si en cas d'accident, le bénéficiaire n'a pas été pris en charge par un centre de traitement hyperbare (ACE ASSISTANCE n'intervient qu'après cette première prise en charge pour organiser l'assistance médicale).

B - ASSISTANCE AUX PERSONNES EN VOYAGES

I - ASSISTANCE AUX PERSONNES

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

Transport/Rapatriement :

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement : nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui vous a reçu, à la suite de la Maladie ou de l'Accident. Nos médecins recueillent toutes les informations nécessaires à la décision qui doit être prise dans votre intérêt médical, auprès du médecin local, et éventuellement auprès du médecin traitant habituel. Les informations recueillies nous permettent après décision de nos médecins, de déclencher et organiser en fonction des seules exigences médicales, soit votre retour à votre domicile, soit votre transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de votre domicile, par véhicule sanitaire léger, ambulance, wagon-lit train en 1^{ère} classe (couchette ou place assise), avion de ligne en classe économique ou avion sanitaire.

Dans certains cas, votre sécurité peut nécessiter un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche de votre domicile. Notre Service Médical peut réserver une place dans le service où l'hospitalisation aura été prévue.

Seuls votre intérêt médical et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport ; le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel. Les informations des médecins locaux ou du médecin traitant habituel, qui peuvent

être essentielles, nous aident à prendre la décision qui paraît la plus opportune. Il est, à cet égard, expressément convenu que la décision finale à mettre en œuvre dans votre intérêt médical appartient en dernier ressort à nos médecins, et ce afin d'éviter tous conflits d'autorités médicales.

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

Retour d'un accompagnant :

Nous organisons et prenons en charge le transport soit d'un membre de votre famille (conjoint ou concubin, père, mère, frère, sœur, grands-parents) soit d'une personne bénéficiaire voyageant avec vous afin, si possible, de vous accompagner lors de votre retour. Selon l'avis de notre service médical, ce transport se fera soit avec vous, soit individuellement par train en 1^{ère} classe ou par avion en classe économique.

Présence hospitalisation :

Vous êtes hospitalisé sur le lieu de votre maladie ou de votre accident et nos médecins ne préconisent pas un transport avant 10 jours : nous organisons et prenons en charge le déplacement aller et retour par train en première classe ou avion de ligne en classe économique d'une personne choisie et résidant en France pour lui permettre de se rendre à votre chevet.

Nous prenons également en charge les frais d'hôtel de cette personne sur place, à concurrence de 46 € TTC par nuit pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner).

Cette personne doit :

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

Prolongation de séjour :

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

Nous prenons en charge les frais d'hôtel à concurrence de 46 € TTC par nuit et par personne pour vous et votre accompagnant pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner).

Les prestations « retour d'un accompagnant », « présence hospitalisation » et « prolongation de séjour » ne sont pas cumulables entre elles.

Remboursement complémentaire des frais médicaux :

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

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

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

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

- Décomptes originaux des organismes sociaux et/ou de prévoyance justifiant des remboursements obtenus,
- Photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées.

Dans l'hypothèse où l'organisme d'assurance maladie auquel vous cotisez ne prendrait pas en charge les frais médicaux engagés, nous vous rembourserons les frais engagés jusqu'à un maximum de 5336 € TTC et de 76225 € TTC pour l'Australie, les Etats-Unis, le Canada, le Japon et l'Asie du Sud Est, sous réserve que vous nous présentiez les originaux des factures de frais médicaux et de l'attestation de non prise en charge émanant de l'organisme d'assurance maladie.

Nature des frais médicaux ouvrant droit à remboursement complémentaire :

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

Avance des frais d'hospitalisation :

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

- pour des soins prescrits en accord avec nos médecins,
- tant que vous êtes jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Aucune avance n'est accordée à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre transport.

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

Bien entendu, dès que ces procédures aboutiront nous prendrons en charge le remboursement complémentaire des frais médicaux, dans les conditions et à concurrence des montants prévus .

II - ASSISTANCE EN CAS DE DECES

Retour anticipé :

Lorsque vous apprenez le décès en France d'un membre de votre famille (conjoint concubin, enfants, père, mère, frères, sœurs, beaux-parents, grands-parents) ou votre convocation à un examen de rattrapage scolaire non prévu avant votre départ et sous réserve que la notification d'échec ait été effectuée dans un délai non prévu initialement nous organisons et prenons en charge :

- soit votre voyage aller-retour
- soit votre voyage aller simple et celui d'une personne bénéficiaire voyageant avec vous par train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique.

A défaut de présentation de justificatifs (certificat de décès, convocation) dans un délai de 30 jours, nous nous réservons le droit de vous facturer l'intégralité de cette prestation.

Transport de corps :

Un bénéficiaire décède au cours d'un déplacement : nous organisons et prenons en charge le transport du corps jusqu'au lieu des obsèques en France. Nous prenons également en charge les frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport ; nous participons aux frais de cercueil jusqu'à concurrence de 458 € TTC. Les autres frais, et notamment les frais de cérémonie, convois locaux, inhumation, restent à la charge de la famille. Pour les bénéficiaires domiciliés dans les DOM TOM, la prestation ne pourra être acquise que si le décès

survient hors du Département ou Territoire d'Outre-Mer où ils sont domiciliés.

III - AIDE AU VOYAGE

Transmission de messages urgents à la famille : ACE ASSISTANCE s'engage en cas d'accident ou maladie, à prévenir votre famille restée en France et à lui transmettre les messages urgents.

Avance de fonds : lors d'un déplacement hors de France, vous perdez ou vous faites dérober vos moyens de paiement (carte(s) de crédit, chéquier(s) ...) : nous vous accordons, moyennant le versement de la somme correspondante par un tiers et après accord préalable de l'organisme financier émetteur du titre de paiement une avance de fonds d'un montant maximum de 2287 € pour vous permettre de faire face aux dépenses de première nécessité.

Envoi de médicaments : vous êtes en déplacement hors de France : si le pays ne dispose pas des médicaments, prescrits par un médecin, indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, nous recherchons localement leurs équivalents éventuellement disponibles et, à défaut, les recherchons en France métropolitaine exclusivement et les expédions sur votre lieu de séjour par les moyens les plus rapides sous réserve des contraintes légales locales et françaises.

Nous prenons en charge les frais d'expédition et vous refacturons les frais de douane et le coût d'achat des médicaments. Avant de partir, si vous êtes sous traitement, nous vous conseillons de ne pas oublier d'emporter les médicaments en quantité nécessaire et suffisante pour la durée du traitement. En effet certains pays (Etats-Unis, Israël...) n'autorisent pas ce type d'envoi. L'abandon de la fabrication des médicaments par le laboratoire, la non-disponibilité en France métropolitaine constituent des cas de force majeure qui peuvent retarder ou rendre impossible l'exécution de cet engagement.

Informations voyages :

Nous pouvons vous fournir des informations concernant :

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

Nous pouvons vous conseiller sur les démarches à entreprendre pour poursuivre un voyage interrompu par un incident inopiné (mauvaise correspondance, réservation annulée...). Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance par téléphone. Si une réponse ne peut être apportée immédiatement nous effectuons les recherches nécessaires et rappelons dans les meilleurs délais. Ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66-1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques. Selon les cas, nous vous orienterons vers les catégories d'organismes ou de professionnels susceptibles de vous répondre.

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

Exclusions Générales applicables aux prestations assistance aux personnes en voyage :

Sont exclus : les frais engagés sans notre accord préalable ou dont la prise en charge n'est pas prévue par la présente convention d'assistance, les frais non justifiés par des documents originaux, les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité des contrats, les conséquences des

incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions motorisées (ou leurs essais) lorsque vous y participez en qualité de concurrent, les maladies ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance, les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement, les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement, l'organisation et la prise en charge du Transport/Rapatriement pour des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour, les conséquences de l'usage de drogue, stupéfiants ou produits assimilés non ordonnés médicalement de l'usage abusif d'alcool, les conséquences d'actes intentionnels de votre part ou les conséquences d'actes dolosifs, tentatives de suicide ou suicide, les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 28^{ème} semaine, les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse, les situations liées à des faits de grève, les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous, les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie ou à un accident survenu hors de France, les frais d'optique (lunettes ou verres de contact par exemple), les frais liés aux appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires notamment), les frais d'annulation de séjour, les frais de cure thermale, les frais liés à des interventions à caractère esthétique, les frais de séjour en maison de repos, les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie, les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination, les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, les frais médicaux engagés en France, les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer ou dans le désert, les frais de secours, les frais de restaurant, les frais de douane, les dommages survenus aux bénéficiaires se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire.

Circonstances exceptionnelles

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

Chapitre II : Garantie Responsabilité Civile

CONTRAT N° FR 72 015 302 souscrit auprès de ACE Europe Siège Social : 100 Leadenhall street - Londres, EC3A 3BP - Royaume Uni – Société de droit étranger au capital de 544.741.144 £ enregistrée au registre de commerce et des compagnies d'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro 1112892. Autorité de contrôle : Financial Services Authorities 25 The North Colonnades, Canary Wharf, Londres, E14 5HS Royaume-Uni. Dans certains cas, le contrôle peut être exercé dans des conditions différentes de celles exercées au Royaume-Uni. Votre contrat est soumis à la Loi Française et à la réglementation du Code des Assurances.

Direction générale pour la France : Le Colisée - 8, avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex / N° d'identification : 450 327 374 R.C.S. Nanterre APE 660 E par l'intermédiaire de l'UMGP Courtage*.

Objet de l'assurance : L'assureur garantit l'Assuré contre les conséquences pécuniaires de la Responsabilité Civile pouvant lui incomber en application des articles 1382 à 1386 du Code Civil en raison des dommages corporels, matériels et immatériels qui

en sont directement la conséquence, causés aux Tiers au cours ou à l'occasion des activités définies ci-avant et provenant du fait :

- de l'Assuré,
 - de son personnel domestique en service,
 - des animaux domestiques lui appartenant ou dont il a la garde à titre gratuit, à l'exclusion des chiens dits dangereux visés par les articles 1 (chiens de 1^{ère} catégorie) et 2 (chiens de 2^{ème} catégorie) de l'Arrêté du 27/04/1999,
 - des choses lui appartenant ou dont il a la garde, notamment :
 - de l'usage des cycles sans moteur et de leurs remorques,
 - de tous véhicules mus à la main,
 - de remorques de camping ou de caravanes sauf lorsque, attelées ou non à un véhicule automobile tracteur, elles sont assujetties à l'obligation d'assurance automobile selon les termes des Articles L211-1 et suivants du Code des Assurances, de l'outillage et des appareils ménagers, de l'outillage de jardin avec ou sans moteur, sous réserve que ce matériel ne soit pas soumis à l'obligation d'assurance automobile,
 - de l'immeuble constituant sa résidence principale,
 - des agencements intérieurs ou extérieurs des locaux d'habitation qu'il occupe à titre privé,
 - des dépendances, antennes de télévision et de radio,
 - d'émanations de gaz provoquées par son installation domestique ; cette garantie ne peut trouver application que si l'Assuré justifie avoir procédé à l'exécution régulière des opérations normales d'entretien,
 - de l'intoxication ou de l'empoisonnement causés par les boissons et aliments servis à sa table,
 - de l'usage, à son insu ou à l'insu de son conjoint, par un de ses enfants mineurs d'un véhicule terrestre à moteur ne lui appartenant pas et dont il n'est pas gardien autorisé.
- Cette garantie s'applique également aux dommages subis par le véhicule.

Dans tous les cas, la garantie s'applique tant aux dommages causés aux tiers qu'à ceux subis par le véhicule à la suite de l'accident. Toutefois, elle n'interviendra qu'en l'absence de tout contrat d'assurance relatif au véhicule considéré.

- de la pratique de tous sports non exclus ci-après, même en cours de compétitions, pourvu qu'elles soient réservées à des amateurs,
- d'une personne qui lui prête assistance à titre gratuit, sous réserve toutefois que l'intervention de cette personne soit occasionnelle et inopinée,
- des dommages causés à un enfant dont il aurait la garde en qualité de simple particulier et à titre gratuit. Cette garantie est étendue à la pratique occasionnelle ou régulière du baby-sitting,
- des dommages occasionnés au matériel (animaux compris) dont il a l'usage, lorsque ce matériel lui est confié dans le cadre d'un stage de formation, rémunéré ou non, ordonné ou conseillé par l'établissement d'enseignement (y compris les stages de formation agricole),
- des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers, à l'occasion de ses activités de stagiaire qu'il est appelé à effectuer en sa qualité d'étudiant, y compris en cours de déplacements, à l'exclusion des activités médicales.

La garantie s'applique également aux accidents de trajet.

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

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

DEFENSE ET RECOURS

La mise en œuvre de cette garantie est confiée au GIE CIVIS (90 avenue de Flandre - 75019 Paris – Téléphone 01.53.26.25.25 et télécopie 01.53.26.35.50), qui est mandaté par ACE European Group Limited pour délivrer les prestations garanties.

Objet de la garantie

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

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

Champ d'application

L'Assureur intervient :

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

Débours pris en charge

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

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

Libre choix de l'avocat

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

Divergences d'intérêts

En cas de désaccord entre vous et l'Assureur sur l'opportunité d'engager ou de poursuivre une action en justice, la procédure prévue par l'article L.127-4 du Code des Assurances est appliquée ; en voici le résumé : « Le différend est soumis à l'appréciation d'une tierce personne choisie d'un commun accord ou, à défaut, par le Président du tribunal de Grande Instance. Sauf décision contraire, c'est l'assureur qui supporte, dans la limite de la garantie, les frais de cette procédure ». Les mêmes modalités sont appliquées en cas de survenance, entre vous et l'Assureur, de divergences d'intérêts au sens de l'article L.127-5 du Code des Assurances.

EXCLUSIONS

A - RESPONSABILITÉ CIVILE

Nous ne garantissons pas :

- votre résidence secondaire,
- votre activité d'assistante maternelle,
- les immeubles ou parties d'immeubles dont vous n'êtes pas occupant.
- les dommages résultant d'une activité professionnelle, étant précisé que les accidents causés au cours de trajet pour vous rendre sur les lieux de l'établissement scolaire ou en stage, ne sont pas considérés comme résultant d'une activité professionnelle.
- les dommages résultant de l'exercice d'une fonction publique, politique ou sociale ou de dirigeant d'Association.
- les dommages résultant de la pratique de la chasse (la chasse sous-marine restant garantie), de l'équitation avec des chevaux vous appartenant, du bobsleigh, des sports aériens, du polo, du yachting avec des voiliers de plus de 5,50 m ou résultant de toute participation à des compétitions de yachting avec des embarcations de plaisance à voiles ou à rames quelles qu'elles soient.
- les dommages résultant de la pratique de tous sports à titre

professionnel.

- les dommages causés par les armes à feu et leurs munitions de 1^{ère} ou de 4^{ème} catégorie dont la détention est interdite et dont vous seriez sciemment possesseur ou détenteur sans autorisation préfectorale.
- les dommages causés par les véhicules à traction animale, par les véhicules, leurs remorques et semi-remorques soumis à la législation sur l'assurance automobile obligatoire (tels que les karts, les tondeuses avec siège, les véhicules à moteur destinés aux enfants), par les appareils nautiques de plus de 6 ch et par tous engins ou appareils aériens autres que les engins d'aéromodélisme jusqu'à 5 kg et 10 cm³ dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable ont la propriété, la conduite ou la garde.
- les dommages causés aux biens ou animaux, dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable avez la propriété, l'usage ou la garde (sauf dans le cadre des stages).
- les dommages matériels et immatériels consécutifs causés par les eaux, un incendie ou une explosion s'ils résultent de sinistres ayant pris naissance dans les locaux ou caravane dont vous êtes propriétaire, locataire ou occupant à titre quelconque.

B - DÉFENSE ET RECOURS

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

- litiges dont l'intérêt financier en principal porte sur un montant inférieur à 225 euros ;
- montants des condamnations tant civiles que pénales ;
- litiges relevant d'un acte intentionnel ou de la procédure dite des "amendes de composition" ;
- litiges dont le fait générateur est survenu soit avant la prise d'effet du contrat, soit après la date de prise d'effet de la résiliation, soit au cours d'une période de suspension des garanties ;
- litiges de mitoyenneté ;
- litiges découlant d'opération de construction, de restauration ou réhabilitation immobilières dans les risques assurés ou dans les risques voisins ;
- litiges intervenant dans le cadre d'une succession, d'une cessation d'indivision, d'une opération de partage familial ;
- litiges provoqués par une interruption d'activité, une dissolution de société ou d'association ; procédures engagées sans l'accord préalable de l'Assureur.

Garanties et franchises

Tous dommages confondus : 6.000.000 euros / sinistre - Franchise néant sur corporels dont : Intoxication alimentaire : 5.000.000 euros / sinistre - Franchise néant.

- Dommages matériels et immatériels : 770.000 euros / sinistre - Franchise 120 euros / sinistre.
- Dommages aux biens confiés lors de stages professionnels : 16 000 euros / sinistre – franchise 120 euros / sinistre
- Défense Recours : 5.000 euros / sinistre - Franchise seuil d'intervention 225 euros.

DISPOSITIONS DIVERSES

A - APPLICATION DES GARANTIES

Les garanties sont effectives pour chaque adhérent qui prend la qualité d'Assuré aux dates suivantes :

- Le lendemain à 0 heure du jour de l'adhésion ;
- Le lendemain à 0 heure du jour de renouvellement, lors de la ré-adhésion après la date d'échéance ;
- Le lendemain de l'échéance en cas de ré-adhésion avant la date d'échéance.

Cessation des garanties :

Chaque Assuré cesse de bénéficier des garanties :

- Lorsqu'il cesse d'appartenir au groupe assuré pour quelque motif que ce soit ;
- A la date de son exclusion de l'Assurance en cas de non-

paiement des cotisations ;

- Au plus tard, aux dates limites fixées pour chaque garantie ;
- En cas de résiliation du contrat par l'une ou l'autre des parties contractantes.

B - ETENDUE TERRITORIALE

La garantie Responsabilité Civile s'exerce dans le monde entier.

La garantie Défense et Recours ne s'exerce qu'en France métropolitaine et à Monaco étant précisé que la défense civile s'exerce dans le monde entier pour les intérêts garantis au contrat.

* Contrat souscrit par l'intermédiaire de UMGP COURTAGE (SARL de courtage d'assurances au capital de 50.000 euros - Siège social : 28 rue Fortuny, 75017 Paris - RCS 488 530 304) - RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L 530 - 1 et L 530 - 2 du Code des Assurances. N° ORIAS - 07 005 526.

**ANNEXE 1
GARANTIES SMGP 2018**

Remboursements* sur la base des taux conventionnels de la Sécurité sociale	TAUX CONVENTIONNELS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	SÉCURITÉ	CONFORT	HARMONIE	SÉSAME	SÉSAME "+"
HOSPITALISATION OU CHIRURGIE LOURDE	< Taux Sécurité sociale + Mutuelle >					
Hospitalisation médicale et chirurgicale > 30 jours sur soins ou actes ≥ 120 € Franchise 18 € sur soins ou actes ≥ 120 €	100 %	100 % Oui	100 % Oui	100 % Oui	100 % Oui	100 % Oui
Hospitalisation avec soins < 120 € Forfait journalier hospitalier 20 € / jour	80 %	100 % Oui	100 % Oui	100 % Oui	100 % Oui	100 % Oui
Forfait journalier hospitalier psychiatrique 15 € / jour (1) • supplément chambre particulière (2) • lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation (3)		Oui	Oui 16 € / jour 16 € / jour	Oui 25 € / jour 25 € / jour	Oui 25 € / jour 25 € / jour	Oui 25 € / jour 25 € / jour
DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS						
Médecin traitant généraliste	70 %	100 %	100 %	130 %	200 %	200 %
Médecin traitant spécialiste	70 %	90 %	100 %	130 %	250 %	300 %
Médecin correspondant (généraliste)	70 %	100 %	100 %	130 %	200 %	200 %
Médecin correspondant (spécialiste)	70 %	90 %	100 %	130 %	250 %	300 %
Chirurgie sans hospitalisation avec soins < 120 €	70 %	90 %	100 %	130 %	200 %	200 %
Imagerie diagnostic (radiographie)	70 %	90 %	100 %	130 %	200 %	200 %
HORS DU PARCOURS DE SOINS						
Médecin généraliste	30 %	30 %	60 %	60 %	60 %	60 %
Médecin spécialiste	30 %	30 %	60 %	60 %	60 %	60 %
Soins externes dans un centre de santé ou en établissements publics ou privés Imagerie diagnostic et échographie	30 %	30 %	60 %	60 %	60 %	60 %
ACCÈS DIRECT SPÉCIFIQUE AVEC MÉDECIN TRAITANT DÉCLARÉ						
Gynécologie, ophtalmologie	70 %	90 %	100 %	130 %	250 %	300 %
Médecin psychiatre et neuropsychiatre (4)	70 %	90 %	100 %	100 %	200 %	200 %
NON VISÉ DANS LE PARCOURS DE SOINS						
Soins dentaires	70 %	70 %	100 %	130 %	200 %	200 %
Prothèses dentaires	70 %	70 %	100 %	130 %	200 %	200 %
Orthodontie	70 %	70 %	100 %	130 %	200 %	200 %
Prothèses (hors dentaire), appareillages divers et accessoires (5)	60 %	70 %	100 %	130 %	200 %	200 %
Optique	60 %	100 %	100 %	130 %	600 %	600 %
Soins sage-femmes	70 %	70 %	100 %	130 %	200 %	200 %
Soins infirmiers et de kinésithérapie (5)	60 %	60 %	100 %	130 %	200 %	200 %
Analyses	60 %	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie	30 à 100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie 15%	15 %	15 %	15 %	15 %	100 %	100 %
Médicaments non prescrits (6)			15 €	20 €	30 €	40 €
Thermalisme : actes médicaux	70 %	70 %	100 %	100 %	200 %	200 %
Thermalisme : séjours, pratiques complémentaires, transport	65 %	65 %	100 %	100 %	200 %	200 %
Transport	65 %	65 %	100 %	100 %	200 %	200 %
Orthophonistes et orthoptistes (5)	60 %	60 %	100 %	100 %	200 %	200 %
FORFAITS ANNUELS						
Naissance (7)			155 €	230 €	230 €	230 €
Dentaire (6)			50 €	80 €	300 €	400 €
Optique (6) montures, verres et lentilles			40 €	80 €	200 €	300 €
Pilule contraceptive de dernière génération (8)			40 €	50 €	80 €	80 €
Cure de sevrage tabagique (9)			60 €	80 €	80 €	80 €
Hospitalisation de plus de 7 jours		75 €	75 €	75 €	75 €	75 €
LES + ESTHÉTIQUES						
Détatouage (6)			20 €	30 €	30 €	30 €
Médecine esthétique (6)			60 €	80 €	100 €	150 €
Chirurgie réfractive (myopie) : forfait pour les 2 yeux (6) (10)			150 €	300 €	400 €	450 €
LES + BIEN-ÊTRE						
Diététique (6)			20 €	40 €	40 €	40 €
Shiatsu (6)			30 €	60 €	60 €	60 €
Ostéopathe (6)			20 €	40 €	40 €	40 €
ACTES DE PRÉVENTION						
Vaccins et rappels acceptés ou non (11)	65 %	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Bilan du langage oral (12)	60 %	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
SOLIDARITÉ						
Fonds mutualiste d'entraide		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
PACK SMGP (voir détails en page 4)						
Responsabilité Civile, Individuelle Accident, assistance domicile et vie quotidienne		INCLUS	INCLUS	INCLUS	INCLUS	INCLUS

* Voir conditions prévues au Règlement Mutualiste et Notices d'informations SMGP 2018

Le présent tableau a été élaboré sur les bases de la nomenclature de la Sécurité sociale et aux décrets d'application du 14/12/2017, date de l'Assemblée générale de la SMGP. Toute modification de présentation des prestations et taux de remboursement, engendrée par une modification de cette nomenclature ou de la réforme de l'Assurance Maladie, ne saurait en aucune manière engager la responsabilité de la SMGP. Les participations forfaitaires et les franchises médicales, obligatoires, restent à la charge de l'adhérent si celles-ci sont dues.

Risques couverts : tous les actes pris en charge par la Sécurité sociale et ceux refusés ou hors nomenclature signalés dans ce tableau des remboursements. Les taux de référence sont ceux indiqués à l'article R 322-1 du Code de la Sécurité sociale. La modification de ces taux n'entraîne pas la modification du taux de participation de la SMGP.