

Dispositions générales



> Assurance
Santé

Vous venez de souscrire un contrat Otherwise assuré auprès de Thélem assurances et nous vous en remercions.

Votre contrat est régi par le code des assurances. Votre contrat a été conçu de façon à prendre en compte au plus juste, vos attentes et besoins.

Votre contrat est composé :

- **Des présentes dispositions générales :**

Elles décrivent notamment les garanties pouvant être souscrites.

- **De vos dispositions particulières :**

Elles complètent les dispositions générales et personnalisent votre contrat.

Vos déclarations y sont reproduites, les garanties choisies y sont indiquées ainsi que leurs montants. Elles précisent également votre cotisation et la date de son exigibilité.

Nous mettons à votre disposition gratuitement les services du réseau **CARTE BLANCHE** dans le but de vous aider à maîtriser votre budget santé. **Découvrez tous ces services en dernière de couverture.**

Ce produit est exclusivement distribué par Otherwise, délégataire de l'ensemble des activités de gestion de votre contrat, à l'exception de la gestion des prestations. A ce titre, pour toute demande, rendez-vous sur votre espace client sur le site : [otherwise.fr](https://www.otherwise.fr)

SOMMAIRE

Lexique	5
1 Assistance	6
2 Les garanties	15
2.1 Objet du contrat.....	15
2.2 Cadre réglementaire de votre contrat.....	15
2.3 Vos garanties.....	15
2.4 Territorialité.....	22
3 Exclusions générales applicables à toutes les garanties	23
3.1 Les exclusions du régime obligatoire.....	23
3.2 Les exclusions liées à des risques particuliers	23
3.3 Les exclusions liées à des soins particuliers	23
4 Le règlement de vos prestations	24
4.1 En complément du régime obligatoire.....	24
4.2 Sans intervention du régime obligatoire.....	24
4.3 Tiers-payant.....	25
4.4 Suite à une hospitalisation.....	25
4.5 Quand votre contrat intervient en tant que surcomplémentaire santé.....	25
4.6 Avance sur devis dentaire	26
4.7 Nos engagements	26
4.8 Autres assurances	26
4.9 Informations complémentaires / Examen médical / Mission d'information / Expertise.....	27
4.10 Perte de vos droits.....	27
4.11 Subrogation.....	27
5 Vie du contrat	28
5.1 Vos obligations – Nos obligations.....	28
5.2 Formation - Effet et durée du contrat.....	28
5.3 Résiliation du contrat.....	29
6 Informations juridiques	30
6.1 Prescription.....	30
6.2 Réclamation.....	30
6.3 Protection de vos données à caractère personnel.....	30
6.4 Preuves.....	31
6.5 Prospection commerciale par voie téléphonique.....	31
7 Les modalités de souscription à distance Internet	32

Lexique

Tous les termes définis ci-après :

- concernent toutes les garanties à l'exception de l'assistance qui conserve ses propres définitions,
- sont signalés par un * dans le texte de ce document.

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

HOSPITALISATION

Séjour en clinique ou hôpital prescrit par un médecin et motivé par un accident, une maladie ou une urgence médicale.

Par extension seront garantis :

- les frais d'hospitalisation à domicile selon la réglementation en vigueur,
- les séjours prescrits médicalement en centres de repos ou de convalescence. Dans ce cas, les garanties seront limitées aux frais exposés, pendant les trois premiers mois du séjour.

MALADIE

Tout état non consécutif à un accident justifiant une intervention médicale.

Nous

Thélem assurances
Le Croc – B.P. 63130
45431 Chécy cedex
Tel. : 02 38 78 71 00 – Fax : 02 38 78 72 92
www.thelem-assurances.fr

PRESTATIONS

Les indemnités que nous versons.

RÉGIME OBLIGATOIRE (OU RÉGIME SOCIAL)

Régime légal français de prévoyance sociale auquel vous êtes obligatoirement affilié.

VOUS

Les personnes bénéficiant des garanties et désignées dans le pavé « Votre situation » de vos conditions particulières.

BARÈME DU RÉGIME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS)

Base de remboursement des honoraires et des soins dispensés par les professionnels de la santé ayant adhéré aux conventions nationales.

1 - Assistance

Cadre juridique


Les prestations de la convention d'assistance sont :

- assurées par AWP P&C Société Anonyme au capital de 17 287 885 euros 519 490 080 RCS Bobigny - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 7, rue Dora Maar 93400 Saint-Ouen,
- mises en œuvre par AWP France SAS - société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros - 490 381 753 RCS Bobigny - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 www.orias.fr. Siège social : 7, rue Dora Maar 93400 Saint-Ouen, ci-après désignée par le nom commercial «**MONDIAL ASSISTANCE**».

La présente convention a pour objet de compléter ce contrat d'assurance santé par des prestations d'assistance.

- Elle prend effet à la date d'effet du contrat d'assurance santé indiquée dans les Conditions Particulières.
- Elle suit le sort du contrat d'assurance et se trouve automatiquement suspendue dans tous ses effets ou résiliée en cas de suspension ou de résiliation dudit contrat.
- Elle est tacitement reconduite à l'échéance suivante sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions fixées au contrat.

COMMENT CONTACTER MONDIAL ASSISTANCE ?

 **Par téléphone :**
de France : **01 40 25 16 16** (numéro non surtaxé)
de l'Étranger : Code d'accès à l'international du pays
+ 33 + 1 40 25 16 16

⇒ **Vous pouvez nous contacter :**
24h/24, 7 jours/7. Toutefois, lorsque l'objet de votre appel est une demande d'informations ou de mise en relations avec nos prestataires agréés, merci de nous joindre de 8h à 20 h du lundi au vendredi et de 8h à 18h le samedi.

 **Par courrier :**
7 rue Dora Maar
93400 Saint-Ouen

Dans tous les cas, indiquez :

- votre nom et le moyen de vous joindre rapidement (adresse, numéro de téléphone, etc...),
- votre numéro de contrat santé et ses dates de validité.

Dans toutes vos correspondances, indiquez :

- votre numéro de contrat santé,
- le service destinataire,
- le numéro de dossier MONDIAL ASSISTANCE qui vous aura été communiqué lors de votre 1^{er} appel.



Zoom sur les prestations accordées dans votre convention d'assistance

ASSISTANCE ESSENTIELLE

ÉVÉNEMENTS DÉCLENCHANT LA MISE EN JEU DES PRESTATIONS	RÉSUMÉ DES PRESTATIONS	PAGE
A la suite immédiate d'une hospitalisation de plus de 2 jours ou un séjour en maternité de plus de 8 jours	Aide ménagère (maxi 8 heures) Garde au domicile des enfants ou petits enfants (maxi 16 heures)	9
Absence pour raisons professionnelles des parents (prestation enfant malade)	Garde au domicile des enfants malades (maxi 24 heures)	9
Pendant ou après une hospitalisation, une maladie ou une convalescence	Garde des chiens et chats (maxi 240 €)	9
Après une hospitalisation, une maladie ou une convalescence	Livraison de médicaments	9

ASSISTANCE SÉRÉNITÉ

ÉVÉNEMENTS DÉCLENCHANT LA MISE EN JEU DES PRESTATIONS	RÉSUMÉ DES PRESTATIONS	PAGE
1/ SERVICES		
A la suite immédiate d'une hospitalisation de plus de 2 jours ou un séjour en maternité de plus de 8 jours	Aide ménagère (maxi 8 heures) Garde au domicile des enfants ou petits enfants (maxi 16 heures)	10
Pendant une immobilisation ou convalescence au domicile de plus de 5 jours	Aide ménagère (maxi 8 heures)	10
Absence pour raisons professionnelles des parents (prestation enfant malade)	Garde au domicile des enfants malades (maxi 24 heures)	10
Après une hospitalisation, une maladie ou une convalescence	Livraison de médicaments	10
Pendant ou après une hospitalisation, une maladie ou une convalescence	Garde des chiens et chats (maxi 240 €)	10
Suite à la naissance d'un prématuré (prestation bébé Assistance)	Garde au domicile des autres enfants (maxi 48 heures) Transport d'un proche vers le lieu où est hospitalisé le bébé (maxi 500 €) Séjour à l'hôtel près du lieu où est hospitalisé le bébé (maxi 500 €)	10
Suite à une chimiothérapie	Aide ménagère (maxi 9 heures)	10
	Soutien psychologique (maxi 3 entretiens téléphoniques)	11
2/ MISE EN RELATIONS ET CONSEILS		
Dans le cadre du dispositif fiscal relatif aux services à la personne, mise en relation avec des prestataires agréés par MONDIAL ASSISTANCE dans les domaines de la vie courante.		11
Exemples : petit jardinage, entretien de la maison, petit bricolage, maintenance du domicile en cas d'absence, garde d'enfants, soutien scolaire, assistance informatique, préparation des repas, assistance administrative, garde malade, aide à la mobilité, assistance aux personnes âgées, assistance aux personnes handicapées, etc...		
Informations et conseil social (renseignements concernant les prestations sociales, les prestations familiales, l'accès au logement, les prestations liées au handicap, à la perte d'autonomie, etc...).		11

Définitions

ACCIDENT CORPOREL

Toute lésion corporelle provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

BÉNÉFICIAIRE(S)

La ou les personnes bénéficiant des garanties et désignées aux Conditions Particulières du contrat Thélem assurances.

Pour la prestation « mise en relation de prestataires » :

La personne pour le compte de laquelle la prestation est mise en place.

Pour que le coût de la prestation de service soit éligible au dispositif fiscal du Plan Borloo concernant les particuliers, le bénéficiaire doit remplir les conditions suivantes :

- appartenir au foyer fiscal du souscripteur (conjoint, enfants),
- être un ascendant du souscripteur (parents du souscripteur), âgé de plus de 65 ans, vivant sous le toit du souscripteur,
- être un descendant du souscripteur (petits enfants) et bénéficier de la prestation mise en place au domicile du souscripteur.

CHIENS ET CHATS

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. **Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie (article L211-12 du Code Rural et de la pêche maritime).**

DOMICILE

Lieu de résidence principale en France métropolitaine ou Principautés d'Andorre et Monaco.

Pour la prestation « mise en relation de prestataires » :

Lieu de résidence principale ou secondaire en France métropolitaine (sans distinction de location ou propriété, incluant également les résidences services et les logements foyers).

MALADIE

Tout état non consécutif à un accident justifiant une intervention médicale.

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

Territorialité

PRESTATIONS	TERRITORIALITÉ
Mise en relation avec des prestataires agréés (§ Assistance Sérénité)	France métropolitaine
Toute autres prestations	France métropolitaine et Principautés d'Andorre et Monaco

Suivant la formule que vous avez choisie, vous bénéficiez :

- soit de l'ASSISTANCE ESSENTIELLE
- soit de l'ASSISTANCE SÉRÉNITÉ en complément de l'ASSISTANCE ESSENTIELLE

Ce choix est mentionné sur vos Conditions Particulières

Assistance essentielle

A la suite immédiate d'une hospitalisation de plus de 2 jours ou d'un séjour en maternité de plus de 8 jours du bénéficiaire

MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge :

- une **aide ménagère à domicile pour un maximum de 8 heures** pouvant être réparties sur 3 semaines.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 2 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.

- **la garde au domicile des enfants** ou petits enfants à charge de moins de 15 ans **pour un maximum de 16 heures** par période d'hospitalisation.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 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.

Conditions de mise en œuvre de ces 2 prestations :

- l'hospitalisation doit être attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical,
- lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 jours suivant le retour au domicile.

Enfant malade

MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge :

- **la garde au domicile des enfants** de moins de 15 ans malades, convalescents ou blessés, pour un **maximum de 24 heures** par période d'immobilisation pendant l'absence, pour des raisons professionnelles, d'un ou des parents bénéficiaires.

Conditions de mise en œuvre de la prestation :

- le garde malade prendra et quittera ses fonctions en présence d'un membre de la famille,
- les frais de nourriture et de soins de l'enfant restent à la charge du bénéficiaire.

Mise en oeuvre des 2 prestations « garde au domicile des enfants »

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.

Après une hospitalisation, une maladie ou une convalescence du bénéficiaire (livraison de médicaments)

MONDIAL ASSISTANCE :

- **recherche une pharmacie** proche du domicile ou une pharmacie de garde,
- **achète les médicaments**, sous réserve de disponibilités,
- **achemine** au domicile, des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire,
- **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 MONDIAL ASSISTANCE et est accessible 24h/24, 7jour /7.

Durant ou après une hospitalisation, une maladie ou une convalescence du bénéficiaire

- **organise la garde des animaux de compagnie** (chiens et chats exclusivement) du bénéficiaire soit :
 - à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de **240 € TTC maximum** par période d'immobilisation,
 - 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 de 1^{ère} et 2^{nde} catégorie (article L211-12 du Code Rural et de la pêche maritime).

Assistance sérénité

Si vous avez souscrit à l'Assistance SÉRÉNITÉ, vous bénéficiez en complément, de l'Assistance ESSENTIELLE, des prestations ci-après.

Lorsque le bénéficiaire est immobilisé ou convalescent à son domicile pendant plus de 5 jours.

MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge :

- **l'aide ménagère à domicile pour un maximum de 8 heures** pouvant être réparties sur 3 semaines.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 2 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.

Conditions de mise en œuvre de cette prestation :

- ▶ l'immobilisation ou la convalescence doit être prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical,
- ▶ lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 jours suivants le retour au domicile.

Bébé assistance (suite à la naissance d'un bébé prématuré)

MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge :

- **la garde au domicile** des autres enfants âgés de moins de 15 ans **pour un maximum de 48 heures** par période d'hospitalisation ou d'immobilisation.

Conditions de mise en œuvre de cette prestation :

- ▶ la naissance du bébé prématuré doit avoir été constatée et attestée par un certificat médical,
- ▶ à l'occasion de chaque naissance de prématuré (au moins 31 semaines de grossesse),
- ▶ la mère de l'enfant prématuré est désignée aux dispositions particulières comme personne assurée au contrat Thémel assurances.

Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 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 (ou les enfants) 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.

- **le transport d'un proche** vers le centre hospitalier où est hospitalisé le bébé. MONDIAL ASSISTANCE prend en charge à concurrence de **500 €** le voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient aider le bénéficiaire.

Chacune de ces 2 prestations (garde et transport) est accordée 2 fois pendant les 6 mois qui suivent la naissance. Pour la prestation « transport d'un proche », la demande doit, aussi être attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical.

- **le séjour à l'hôtel** de la personne désignée au paragraphe « transport d'un proche » dans la limite de **500 € TTC**. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Transport d'un proche ».

Suite à une chimiothérapie

Lorsque le bénéficiaire supporte une chimiothérapie, MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge :

- **une aide ménagère à domicile** pour un maximum de 9 heures et dans la limite de 3 séances.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 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.

Conditions de mise en œuvre de cette prestation :

- ▶ si la chimiothérapie s'accompagne d'une hospitalisation, elle doit être attestée par un bulletin d'hospitalisation,
- ▶ s'il s'agit d'un traitement lourd par voie veineuse ou par radiothérapie, un certificat médical doit être produit.

- **un soutien psychologique** limité à 3 entretiens.

Cet accompagnement réalisé par un psychologue clinicien s'adresse au bénéficiaire souhaitant être aidé face à une grave maladie. Ainsi, le bénéficiaire pourra identifier et évaluer 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 de MONDIAL ASSISTANCE qui le rappellera pour entamer la démarche. Le bénéficiaire pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de MONDIAL ASSISTANCE soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect du secret médical et des codes de déontologie en vigueur.

Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

Mise en relation avec des prestataires agréés

Afin d'accompagner le bénéficiaire dans sa recherche de solutions de vie quotidienne, MONDIAL ASSISTANCE met à disposition :

- **un service d'information** et **de mise en relation** avec des prestataires agréés.

Objectif du service :

- ▮ délivrer de l'information sur les services à la personne,
- ▮ mettre en relation le demandeur avec un prestataire référencé par MONDIAL ASSISTANCE.

Suite à une demande de mise en relation auprès de la plate-forme de services, le demandeur/bénéficiaire choisit ou non d'établir un contrat avec le prestataire avec lequel il a été mis en relation et **se charge de lui régler directement les coûts relatifs à la réalisation des prestations.**

Contenu du service :

Lorsque le demandeur souhaite utiliser l'un ou l'autre des services à la personne proposés ci-après, MONDIAL ASSISTANCE :

- ▮ fournit des informations pratiques relatives aux services à la personne (CESU, fiscalité, contenu des prestations...),
- ▮ aide à qualifier son besoin,
- ▮ recherche un prestataire qualifié, dont MONDIAL ASSISTANCE a vérifié la capacité à prendre la demande si elle venait à se confirmer, et le plus proche du lieu d'intervention souhaité.

Domaines d'intervention des prestataires :

Les prestations ci-dessous sont éligibles au dispositif fiscal relatif aux services à la personne. Cette liste est susceptible d'évoluer pour tenir compte de nouvelles dispositions de la loi.

Exemples : petit jardinage, entretien de la maison, petit bricolage, maintenance du domicile en cas d'absence, garde d'enfants, soutien scolaire, assistance informatique, préparation des repas, assistance administrative, garde malade, aide à la mobilité, assistance aux personnes âgées, assistance aux personnes handicapées.

Accès au service par téléphone :

Sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi, de **8h à 20h**, le samedi de **8h à 18h** (hors jours fériés), MONDIAL ASSISTANCE enregistre la demande de mise en relation avec les prestataires de son réseau de Services à la Personne agréés « Borloo » et répond aux demandes d'information.

Les horaires de la plate-forme de service sont à distinguer :

- ▮ des horaires d'ouverture des prestataires (horaires auxquels les prestataires sont joignables),
- ▮ des possibilités d'intervention des prestataires : certains prestataires ne sont pas joignables le soir ou le week-end mais peuvent être en mesure de réaliser des prestations pendant ces créneaux.

Les engagements de MONDIAL ASSISTANCE :

Lors d'une demande de mise en relation, MONDIAL ASSISTANCE s'engage à tout mettre en œuvre pour trouver un prestataire agréé, qui a été référencé avec soin, pour garantir un service de qualité.

Si le prestataire, avec lequel le demandeur a été mis en relation, ne convient pas au bénéficiaire, celui-ci pourra à nouveau contacter la plate-forme, afin d'être mis en relation avec un nouveau prestataire, sous réserve des disponibilités locales.

MONDIAL ASSISTANCE assure un suivi de la satisfaction du demandeur/du bénéficiaire, en réalisant des enquêtes qualité régulières.

Informations et conseil social

MONDIAL ASSISTANCE propose :

- **un service d'information et de conseil social.**

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de **9h00 à 20h00**, le samedi de **9h00 à 18h00**, hors jours fériés, le bénéficiaire, par téléphone uniquement, peut bénéficier d'informations et de conseils sur les sujets suivants :

- ▮ principales prestations sociales existantes à destination des familles, des personnes âgées, des personnes handicapées, des personnes en situation de précarité sociale, etc...
- ▮ droits et démarches susceptibles d'être mis en œuvre dans les domaines suivants : accès au logement, prestations familiales, prestations liées au handicap (PCH), à la perte d'autonomie (APA), accès à une couverture complémentaire maladie (CMUC), etc...
- ▮ interlocuteurs susceptibles de proposer un accompagnement social adapté à la demande du bénéficiaire (Caisse d'assurance maladie, CLIC, CCAS, CAF, Service du conseil général, services hospitaliers, PMI, associations et services spécialisées, etc...).

Exclusions générales

MONDIAL ASSISTANCE n'intervient pas lorsque :

- les frais sont non justifiés par des documents originaux,
- les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense. Toutefois demeure garantie la tentative de suicide de l'assuré mineur,
- les dommages résultent de la participation active du bénéficiaire à une émeute, un mouvement populaire,
- les dommages sont causés par la guerre civile ou étrangère,
- les dommages sont dus aux effets directs ou indirects de modification du noyau atomique ou de tout phénomène de radioactivité. Toutefois, sont garanties les lésions occasionnées par les rayons X, le radium, ses composés et dérivés utilisés à des fins médicales et thérapeutiques,
- les dommages résultent de la pratique de sports à titre professionnel,
- les dommages résultent de 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 (MONDIAL ASSISTANCE n'intervient qu'après cette première prise en charge pour organiser l'assistance médicale),

- les dommages résultent de traitements ou de chirurgie esthétique non pris en charge par votre régime obligatoire,
- les dommages résultent de traitements de psychanalyse ou de rajeunissement,
- les dommages résultent de soins relatifs à la désintoxication alcoolique ou à la toxicomanie,
- les dommages résultent :
 - 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.

Dispositions diverses

MONDIAL ASSISTANCE

- ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence,
- ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements, tels que les guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvement populaires, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Economie et des Finances <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engin, effets nucléaires ou radioactifs, catastrophes naturelles ou tout autre cas fortuit.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

- Conditions applicables aux conditions de transport.

Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train 2nde classe ou par avion en classe économique.

- Conditions applicables aux services d'assistance à la personne au domicile.

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir à MONDIAL ASSISTANCE, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tous actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

- Conditions applicables aux prestations aide ménagère ou de garde à domicile.

Ces prestations ne sont pas mises en œuvre lorsqu'un proche est disponible sur place.

Toutefois, elles demeurent acquises lorsqu'un proche est présent mais s'avère indisponible.

MONDIAL ASSISTANCE

- ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non-respect par le bénéficiaire des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au bénéficiaire le remboursement des frais exposés,
- se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, etc...). Ce justificatif sera adressé au médecin MONDIAL ASSISTANCE qui se réserve le droit de contacter le médecin l'ayant réalisé.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances ne peut donner lieu au remboursement que si MONDIAL ASSISTANCE a été prévenue et a donné son accord exprès. Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs, dans la limite de ceux que MONDIAL ASSISTANCE aurait engagés pour organiser le service.

Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance au domicile peut nécessiter un délai d'une demi-journée ouvrée.

- Conditions applicables aux prestations « mise en relation avec des prestataires » agréés et « information / conseil social ».

Renseignements téléphoniques :

En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Les informations fournies par MONDIAL ASSISTANCE sont des renseignements à caractère documentaire. MONDIAL ASSISTANCE s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours.

La responsabilité de MONDIAL ASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui auront été communiqués ou si à la recherche d'un numéro d'urgence (pompiers, police secours...) le bénéficiaire s'adresse à MONDIAL ASSISTANCE au lieu de contacter directement le ou les services concernés.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. MONDIAL ASSISTANCE s'engage alors à répondre dans un délai de deux jours ouvrés.

Si le bénéficiaire établit un contrat avec le prestataire, le coût de la prestation fournie par le prestataire reste à la charge du bénéficiaire, qui règle directement ces frais, au regard du contrat qui le lie au prestataire.

Responsabilité :

MONDIAL ASSISTANCE met exclusivement en relation un bénéficiaire avec des prestataires agréés de son réseau. Les prestations commandées par le bénéficiaire au prestataire seront exécutées sous la seule responsabilité de ce dernier.

MONDIAL ASSISTANCE n'est pas responsable, à l'égard du bénéficiaire et des tiers :

- de toute faute dans le cadre de la préparation, la mise en place et l'exécution des prestations par le prestataire,
- des dommages tant matériels que corporels causés par le Prestataire au Bénéficiaire ou à ses biens.

MONDIAL ASSISTANCE ne saurait être tenue pour responsable d'un éventuel fait illicite ou de préjudice de quelque nature que ce soit qu'un bénéficiaire pourrait subir du fait d'un prestataire, ou qu'un prestataire pourrait subir du fait du bénéficiaire. En conséquence, le bénéficiaire renonce à tout recours à l'encontre de MONDIAL ASSISTANCE, de ce fait.

● Modalités d'examen des réclamations

Lorsqu'un bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse suivante :

**AWP France SAS - Service Traitement des Réclamations - TSA
70002 - 93488 Saint-Ouen Cedex**

Un accusé de réception parviendra au bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont MONDIAL ASSISTANCE le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, le bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance :
<http://www.mediation-assurance.org>

LMA - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFSA ont mis en place un dispositif permettant aux bénéficiaires et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges.

Ce dispositif est défini par les dix règles de la Charte de la Médiation de l'Assurance.

● Compétence juridictionnelle

AWP P&C fait élection de domicile en son siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre AWP P&C à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention d'assistance sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites à l'adresse indiquée ci-dessus.

● Loi informatiques et libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données le concernant en adressant sa demande à :

**AWP France SAS - Service Juridique - DT03 - 7 rue Dora Maar
CS 60001 - 93488 Saint-Ouen Cedex.**

AWP France SAS dispose de moyens informatiques destinés à gérer les prestations d'assistance du présent contrat.

Les informations enregistrées sont réservées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

● Prescription

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

1. Article L114-1 du Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

2. Article L114-2 du Code des assurances :

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

3. Article L114-3 du Code des assurances :

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code Civil, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

● **Autorité de contrôle**

Les entreprises qui accordent les prestations d'assistance sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sise au 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

● **Loi applicable – Langue utilisée**

Les prestations d'assistance sont régies par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution des prestations d'assistance est le français.

2 - Les garanties

2.1 Objet du contrat

Votre contrat santé a pour objet de vous* allouer des prestations* en cas de maladie*, accident* ou maternité.

Nous* remboursons soit :

- en complément de votre régime obligatoire*,
- sans aucune intervention préalable de votre régime obligatoire*,

mais toujours dans la limite des frais que vous* avez réellement engagés et selon la formule que vous* avez choisie.

Par ailleurs, vous* bénéficiez de prestations d'assistance détaillées au § 1 « Assistance ».

2.2 Cadre réglementaire de votre contrat

Contrat responsable

Votre contrat est responsable c'est-à-dire :

- qu'il respecte la réglementation en vigueur (décret 2014-1374 du 18 novembre 2014, la loi n°2016-49 du 21 janvier 2016 et art.L 871-1 du Code de la sécurité sociale),
- qu'il vous* permet de profiter des avantages fiscaux suivants :
 - la déductibilité fiscale de votre cotisation si vous* êtes travailleur non salarié et que vous* adhérez à notre dispositif Loi Madelin,
 - un taux de taxe réduit.

Contrat viager

Dès la souscription, votre contrat est viager. Par conséquent, nous* nous* interdisons de le résilier sauf en cas :

- de non-paiement des cotisations (L 113-3 du Code des Assurances),
- de refus du nouveau montant de cotisation proposé lorsque vous* changez de domicile ou de régime obligatoire*,
- d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque (L 113-9 du Code des Assurances).

2.3 Vos garanties

Trois gammes ont été élaborées pour répondre au mieux à vos besoins.

- profil **DYNAMIQUE** : si vous* avez moins de 40 ans et que vous* ne déclarez pas d'enfant au contrat,
- profil **FAMILLE** : si vous* déclarez au moins un enfant au contrat,
- profil **PLÉNITUDE** : si vous* avez 40 ans ou plus et que vous* ne déclarez pas d'enfant au contrat.

A l'intérieur de chaque profil, vous* choisissez votre formule.

Pour identifier les garanties que nous* vous* accordons, reportez-vous, selon votre profil, aux tableaux de garanties vous* concernant (voir pages suivantes).

Tableau des garanties du profil **DYNAMIQUE**

Préalable : Dans tous les cas, le cumul des remboursements du régime obligatoire* et de notre remboursement ne peut excéder le montant des frais que vous* avez réellement engagés.

Les montants de vos prestations* sont exprimés, suivant les garanties, en :

- % du BRSS* : ce % intègre la part du régime obligatoire*. Pour chaque acte, nous* vous* remboursons la différence entre le % du BRSS mentionné dans le tableau ci-après (et dans vos conditions particulières) et le remboursement effectué par votre régime obligatoire* (y compris pour les actes hors convention).
- € (euros) : les montants des forfaits figurent ci-après. Sauf précisions indiquées dans le tableau de garanties, notamment pour les forfaits optiques, les montants des forfaits sont exprimés par assuré et par année d'assurance. Par année d'assurance, il faut comprendre la période se situant entre deux échéances principales consécutives. L'échéance principale, indiquée aux Conditions Particulières, est celle qui marque le début de chaque période d'assurance. Les montants des forfaits non consommés ne sont pas reportés sur la période suivante.

HOSPITALISATION (1)

↳ Prestations	Formules ➔	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Honoraires (HORS OPTAM/OPTAM-CO)		100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires (OPTAM/OPTAM-CO)		100 %	145 %	170 %	220 %	300 %
Frais de séjour (établissement conventionné et non conventionné)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier (2)		20 €/j	20 €/j	20 €/j	20 €/j	20 €/j
Frais de transport		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière (inclus internet, TV et téléphone) (4)			60 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j
Lit d'accompagnant (quel que soit l'âge)		90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j

(1) Nous prenons en charge la franchise de 18 € sur les actes techniques de plus de 120 €.
 (2) Montant ramené à 15 € / jour en cas de traitement psychiatrique.
 (4) En cas de traitement psychiatrique, la chambre particulière est **exclue**.

FRAIS MÉDICAUX COURANTS

↳ Prestations	Formules ➔	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Généralistes (HORS OPTAM/OPTAM-CO) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	150 %	200 %
Généralistes (OPTAM/OPTAM-CO) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	170 %	220 %
Spécialistes y compris radiologues (HORS OPTAM/OPTAM-CO) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	200 %	200 %
Spécialistes y compris radiologues (OPTAM/OPTAM-CO) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	220 %	250 %
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kiné, etc...)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses		100 %	100 %	100 %	150 %	200 %
Pharmacie remboursée à 15 % et 30 %			100 %	100 %	100 %	100 %
Toute autre pharmacie remboursée et prescrite		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie non remboursée (prescrite ou non) inclus pilule de 3 ^{ème} génération et vaccin anti-grippal saisonnier				15 €	15 €	30 €
Techniques alternatives sans prescription (ostéopathes, étioopathes, chiropracteurs, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues et diététiciens)				20€ par séance (maxi 2/an)	20€ par séance (maxi 2/an)	25€ par séance (maxi 3/an)
Prévention - actes du contrat responsable (ex. détartrage)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sevrage tabagique (versé 1 fois dans toute la vie du contrat)				100 €	100 €	100 €

OPTIQUE

↳ Prestations	Formules ⇨	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Équipement verres simples y compris monture (5) et toutes lentilles correctrices		100 %	100 €	150 €	150 €	300 €
Équipement verres complexes y compris monture (5)		100 %	125 €	150 €	150 €	300 €
Équipement verres très complexes y compris monture (5)		100 %	200 €	200 €	200 €	300 €
Toute chirurgie de l'œil non remboursée				150 €/œil	150 €/œil	300 €/œil

(5) Le remboursement des montures n'excèdera jamais 150 €. Nous ne prenons pas en charge le double équipement.

Cas particulier des forfaits « équipements optiques » : Ces montants sont exprimés par assuré et par période de 2 années d'assurance. La période de 2 années se décompte entre vos échéances principales N et N+2 (ex. Echéance principale Janvier, la période est : Janvier 2017 - N à Décembre 2019 - N+2). Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, ces forfaits sont applicables par année d'assurance. L'échéance principale, indiquée aux Conditions Particulières, est celle qui marque le début de chaque période d'assurance. Les montants des forfaits non consommés ne sont pas reportés sur la période suivante.

DENTAIRE

↳ Prestations	Formules ⇨	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Soins dentaires		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses remboursées		100 %	100 %	190 %	240 %	425 %
Renfort Inlay-onlay				50 €	75 €	150 €
Orthodontie adulte				200 €	300 €	600 €
Prothèses non remboursées				100 €	150 €	350 €
Implantologie / parodontie / endodontie				150 €	200 €	800 €
Plafond dentaire hors soins				500 € portés à 750 € (6)	750 € portés à 1000 € (6)	1000 € portés à 2000 € (6)

(6) Ce plafond dentaire vous* est alloué quand aucun remboursement dentaire (hors soins) n'a été versé pendant les 2 premières années qui suivent la souscription. Il devient alors votre nouveau plafond de garantie.

AUTRES GARANTIES

↳ Prestations	Formules ⇨	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Prothèses et appareillages (hors optiques et dentaires)		100 %	100 %	100 %	150 %	200 %
Allocation maternité (y compris en cas d'adoption)				100 €/enfant	100 €/enfant	200 €/enfant
Fécondation in vitro- amniocentèse (diagnostic prénatal)				100 €	200 €	250 €

RENFORT COUPS DURS (après accident* exclusivement)

↳ Prestations	Formules ⇨	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Fauteuil roulant		FRAIS RÉELS dans une limite de 5 000 € (versé 1 fois dans la vie du contrat)				
Équipements basse vision (loupes grossissantes ou télé-agrandisseurs)		FRAIS RÉELS dans une limite de 5 000 € (versé 1 fois dans la vie du contrat)				

ASSISTANCE (les prestations sont définies au § 1)

↳ Prestations	Formules ⇨	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Assistance Essentielle		oui	oui			
Assistance Sérénité				oui	oui	oui

Tableau des garanties du profil **FAMILLE**

Préalable : Dans tous les cas, le cumul des remboursements du régime obligatoire* et de notre remboursement ne peut excéder le montant des frais que vous* avez réellement engagés.

Les montants de vos prestations* sont exprimés, suivant les garanties, en :

- % du BRSS* : ce % intègre la part du régime obligatoire*. Pour chaque acte, nous* vous* remboursons la différence entre le % du BRSS mentionné dans le tableau ci-après (et dans vos conditions particulières) et le remboursement effectué par votre régime obligatoire* (y compris pour les actes hors convention).
- € (euros) : les montants des forfaits figurent ci-après. Sauf précisions indiquées dans le tableau de garanties, notamment pour les forfaits optiques, les montants des forfaits sont exprimés par assuré et par année d'assurance. Par année d'assurance, il faut comprendre la période se situant entre deux échéances principales consécutives. L'échéance principale, indiquée aux Conditions Particulières, est celle qui marque le début de chaque période d'assurance. Les montants des forfaits non consommés ne sont pas reportés sur la période suivante.

HOSPITALISATION (1)

↳ Prestations	Formules ↗	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Honoraires (HORS OPTAM/OPTAM-CO)		100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires (OPTAM/OPTAM-CO)		100 %	145 %	170 %	220 %	300 %
Frais de séjour (établissement conventionné et non conventionné)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier (2)		20 €/j	20 €/j	20 €/j	20 €/j	20 €/j
Frais de transport		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière (inclus internet, TV et téléphone) (3)			60 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j
Lit d'accompagnant (quel que soit l'âge)		90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j	90 €/j

(1) Nous prenons en charge la franchise de 18 € sur les actes techniques de plus de 120 €.
 (2) Montant ramené à 15 € / jour en cas de traitement psychiatrique.
 (3) En cas de traitement psychiatrique, la chambre particulière est **exclue**.

FRAIS MEDICAUX COURANTS

↳ Prestations	Formules ↗	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Généralistes (HORS OPTAM/OPTAM-CO) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	150 %	200 %
Généralistes (OPTAM/OPTAM-CO) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	170 %	220 %
Spécialistes y compris radiologues (HORS OPTAM/OPTAM-CO) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	200 %	200 %
Spécialistes y compris radiologues (OPTAM/OPTAM-CO) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	220 %	250 %
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kiné, etc...)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses		100 %	100 %	100 %	150 %	200 %
Toute pharmacie remboursée et prescrite		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie non remboursée (prescrite ou non) inclus homéopathie et vaccin anti-grippal saisonnier			15 €	15 €	15 €	30 €
Techniques alternatives sans prescription (ostéopathes, étioopathes, chiropracteurs, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues et diététiciens)				25 € / séance (maxi 2/ an)	25 € / séance (maxi 2/ an)	30 € / séance (maxi 3/ an)
Prévention - actes du contrat responsable (ex. détartage)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sevrage tabagique (versé 1 fois dans toute la vie du contrat)				100 €	100 €	100 €

Tableau des garanties du profil **FAMILLE** (suite)

OPTIQUE

↪ Prestations	Formules ↷	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Équipement verres simples y compris monture (4) et toutes lentilles correctrices	100 %	enfant 50 €	enfant 100 €	enfant 100 €	enfant 250 €	
		adulte 100 €	adulte 200 €	adulte 200 €	adulte 350 €	
Équipement verres complexes y compris monture (4)	100 %	enfant 125 €	enfant 125 €	enfant 125 €	enfant 250 €	
		adulte 125 €	adulte 200 €	adulte 200 €	adulte 350 €	
Équipement verres très complexes y compris monture (4)	100 %	200 €	200 €	200 €	350 €	
Renfort verres multifocaux ou progressifs (4) + lentilles progressives			50 €	50 €	100 €	
Toute chirurgie de l'œil non remboursée			200 € / œil	200 € / œil	400 € / œil	

(4) Le remboursement des montures n'excèdera jamais 150 €. Nous ne prenons pas en charge le double équipement.
Cas particulier des forfaits « équipements optiques » : Ces montants sont exprimés par assuré et par période de 2 années d'assurance. La période de 2 années se décompte entre vos échéances principales N et N+2 (ex. Échéance principale Janvier, la période est : Janvier 2017 - N à Décembre 2019 - N+2). Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, ces forfaits sont applicables par année d'assurance. L'échéance principale, indiquée aux Conditions Particulières, est celle qui marque le début de chaque période d'assurance. Les montants des forfaits non consommés ne sont pas reportés sur la période suivante.

DENTAIRE

↪ Prestations	Formules ↷	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Soins dentaires		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses remboursées		100 %	145%	190 %	240%	425 %
Renfort Inlay-onlay				50 €	75 €	200 €
Orthodontie enfant			100 €	200 €	300 €	600 €
Orthodontie adulte				200 €	300 €	600 €
Prothèses non remboursées				100 €	150 €	350 €
Implantologie / parodontie / endodontie				200 €	250 €	800 €
Plafond dentaire hors soins			200 € portés à 400 € (5)	500 € portés à 750 € (5)	750 € portés à 1000 € (5)	1000 € portés à 2000 € (5)

(5) Ce plafond dentaire vous* est alloué quand aucun remboursement dentaire (hors soins) n'a été versé pendant les 2 premières années qui suivent la souscription. Il devient alors votre nouveau plafond de garantie.

AUTRES GARANTIES

↪ Prestations	Formules ↷	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Prothèses et appareillages (hors optiques et dentaires)		100 %	100 %	100 %	150 %	200 %
Cures thermales					100 % + 200 €	100 % + 300 €
Allocation maternité (y compris en cas d'adoption)			100 € / enfant	100 € / enfant	100 € / enfant	200 € / enfant
Fécondation in vitro-amniocentèse (diagnostic prénatal)				100 €	200 €	250 €

RENFORT COUPS DURS (après accident* exclusivement)

↪ Prestations	Formules ↷	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Fauteuil roulant		FRAIS RÉELS dans une limite de 5 000 € (versé 1 fois dans la vie du contrat)				
Équipements basse vision (loupes grossissantes ou télé-agrandisseurs)		FRAIS RÉELS dans une limite de 5 000 € (versé 1 fois dans la vie du contrat)				

ASSISTANCE (les prestations sont définies au § 1)

↪ Prestations	Formules ↷	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Assistance Essentielle		oui	oui			
Assistance Sérénité				oui	oui	oui

Tableau des garanties du profil **PLÉNITUDE**

Préalable : Dans tous les cas, le cumul des remboursements du régime obligatoire* et de notre remboursement ne peut excéder le montant des frais que vous* avez réellement engagés.

Les montants de vos prestations* sont exprimés, suivant les garanties, en :

- % du BRSS* : ce % intègre la part du régime obligatoire*. Pour chaque acte, nous* vous* remboursons la différence entre le % du BRSS mentionné dans le tableau ci-après (et dans vos conditions particulières) et le remboursement effectué par votre régime obligatoire* (y compris pour les actes hors convention).
- € (euros) : les montants des forfaits figurent ci-après. Sauf précisions indiquées dans le tableau de garanties, notamment pour les forfaits optiques, les montants des forfaits sont exprimés par assuré et par année d'assurance. Par année d'assurance, il faut comprendre la période se situant entre deux échéances principales consécutives. L'échéance principale, indiquée aux Conditions Particulières, est celle qui marque le début de chaque période d'assurance. Les montants des forfaits non consommés ne sont pas reportés sur la période suivante.

HOSPITALISATION (1)

↳ Prestations	Formules ↷	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Honoraires (HORS OPTAM/OPTAM-CO)		100 %	150 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires (OPTAM/OPTAM-CO)		100 %	170 %	170 %	220 %	300 %
Frais de séjour (établissement conventionné et non conventionné)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier (2)		20 € / j	20 € / j	20 € / j	20 € / j	20 € / j
Frais de transport		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière (inclus internet, TV et téléphone) (4)			60 € / j	90 € / j	90 € / j	90 € / j
Lit d'accompagnant (quel que soit l'âge)		90 € / j	90 € / j	90 € / j	90 € / j	90 € / j

(1) Nous prenons en charge la franchise de 18 € sur les actes techniques de plus de 120 €.

(2) Montant ramené à 15 € / jour en cas de traitement psychiatrique.

(4) En cas de traitement psychiatrique, la chambre particulière est **exclue**.

FRAIS MEDICAUX COURANTS

↳ Prestations	Formules ↷	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Généralistes (HORS OPTAM/OPTAM-CO) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	150 %	200 %
Généralistes (OPTAM/OPTAM-CO) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	170 %	220 %
Spécialistes y compris radiologues (HORS OPTAM/OPTAM-CO) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	200 %	200 %
Spécialistes y compris radiologues (OPTAM/OPTAM-CO) : consultations et visites		100 %	100 %	100 %	220 %	250 %
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kiné, etc...)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses		100 %	100 %	100 %	150 %	200 %
Toute pharmacie remboursée et prescrite		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie non remboursée (prescrite ou non) inclus phytothérapie et vaccin anti-grippal saisonnier			15 €	15 €	15 €	30 €
Techniques alternatives sans prescription (ostéopathes, étiopathes, chiropracteurs, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues et diététiciens)				25 € par séance (maxi 2/an)	25 € par séance (maxi 2/an)	30 € par séance (maxi 3/an)
Prévention - actes du contrat responsable (ex. détartrage)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sevrage tabagique (versé 1 fois dans toute la vie du contrat)				100 €	100 €	100 €

Tableau des garanties du profil **PLÉNITUDE** (suite)

OPTIQUE

↳ Prestations	Formules ↷	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Équipement verres simples y compris monture (5) et toutes lentilles correctrices		100 %	130 €	200 €	200 €	350 €
Équipement verres complexes y compris monture (5)		100 %	130 €	200 €	200 €	350 €
Équipement verres très complexes y compris monture (5)		100 %	200 €	200 €	200 €	350 €
Renfort verres multifocaux ou progressifs (5) + lentilles progressives				75 €	75 €	125 €
Toute chirurgie de l'oeil non remboursée			130 € / œil	200 € / œil	200 € / œil	400 € / œil

(5) Le remboursement des montures n'excèdera jamais 150 €. Nous ne prenons pas en charge le double équipement.

Cas particulier des forfaits « équipements optiques » : Ces montants sont exprimés par assuré et par période de 2 années d'assurance. La période de 2 années se décompte entre vos échéances principales N et N+2 (ex. Échéance principale Janvier, la période est : Janvier 2017 - N à Décembre 2019 - N+2). Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, ces forfaits sont applicables par année d'assurance. L'échéance principale, indiquée aux Conditions Particulières, est celle qui marque le début de chaque période d'assurance. Les montants des forfaits non consommés ne sont pas reportés sur la période suivante.

DENTAIRE

↳ Prestations	Formules ↷	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Soins dentaires		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses remboursées		100 %	145 %	190 %	240 %	425 %
Renfort Inlay-onlay				50 €	75 €	200 €
Prothèses non remboursées				100 €	150 €	350 €
Implantologie / parodontie / endodontie				200 €	250 €	800 €
			200 € portés à 400 € (6)	500 € portés à 750 € (6)	750 € portés à 1000 € (6)	1000 € portés à 2000 € (6)

(6) Ce plafond dentaire vous* est alloué quand aucun remboursement dentaire (hors soins) n'a été versé pendant les 2 premières années qui suivent la souscription. Il devient alors votre nouveau plafond de garantie.

AUTRES GARANTIES

↳ Prestations	Formules ↷	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Prothèses et appareillages (hors optiques et dentaires)		100 %	100 %	100 %	150 %	200 %
Renfort audioprothèses				150 € / appareil (maxi 2/ an)	150 € / appareil (maxi 2/ an)	300 € / appareil (maxi 2/ an)
Cures thermales				100 % + 100 €	100 % + 200 €	100 % + 300 €
Fécondation in vitro - Amniocentèse (diagnostic prénatal)				100 €	200 €	250 €

RENFORT COUPS DURS (après accident* exclusivement)

↳ Prestations	Formules ↷	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Fauteuil roulant		FRAIS RÉELS dans une limite de 5 000 € (versé 1 fois dans la vie du contrat)				
Équipements basse vision (loupes grossissantes ou télé-agrandisseurs)		FRAIS RÉELS dans une limite de 5 000 € (versé 1 fois dans la vie du contrat)				

ASSISTANCE (les prestations sont définies au § 1)

↳ Prestations	Formules ↷	Budget	Budget +	Equilibre	Equilibre +	Optimum
Assistance Essentielle		oui	oui			
Assistance Sérénité				oui	oui	oui

● Précisions concernant vos garanties

Si votre formule prévoit ces garanties et dans la limite des montants accordés.

Au titre de la garantie hospitalisation, nous* prenons en charge :

- ▮ l'hospitalisation en cours, à compter de la date d'effet du contrat, sous réserve de la justification d'un contrat d'assurance santé, immédiatement antérieur et sans interruption d'assurance.

Au titre de la garantie frais médicaux courants, nous* prenons en charge :

- ▮ les consultations et visites de généralistes ou spécialistes de manière différenciée :
Notre remboursement est modulé suivant que l'acte de votre praticien a été réalisé dans le cadre de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO ou hors OPTAM ou OPTAM-CO.
L'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et l'OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) sont des options à la convention signée entre votre médecin et l'assurance maladie. Elles sont destinées à favoriser l'accès aux soins des patients en leur permettant d'être mieux remboursés.
- ▮ les dépenses d'ostéopathie et de chiropractie.

Ces frais sont remboursés dans la mesure où ces actes ont été établis par un professionnel inscrit sur la liste dressée par les pouvoirs publics dans le département de leur résidence professionnelle.

- ▮ tous les actes de prévention préconisés par la réglementation sur les contrats responsables c'est-à-dire :
 - le scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans,
 - un détartrage annuel,
 - un premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans,
 - le dépistage de l'hépatite B,
 - le dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans,
 - l'ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans,
 - les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite,
 - coqueluche : avant 14 ans,
 - hépatite B : avant 14 ans,
 - BCG : avant 6 ans,
 - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non-immunisées désirant un enfant,
 - haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant,
 - les vaccinations contre les infections invasives à pneumocoques : avant 18 mois.

- ▮ les frais de traitement de sevrage tabagique (substituts nicotiques) dans la mesure où ils ont été prescrits médicalement.

Au titre de la garantie dentaire, nous* prenons en charge :

- ▮ les frais exposés suite à l'utilisation des techniques dentaires suivantes :
 - Inlay (reconstitution de la forme anatomique de la dent), onlay (sauvegarde de la dent afin de lui rendre sa forme anatomique),
 - endodontie (discipline spécialisée dans l'étude et le traitement des maladies de la pulpe dentaire),
 - implantologie (chirurgie dentaire spécialisée dans les implants),
 - parodontie (discipline s'occupant de l'ensemble des tissus se trouvant autour de la dent et la soutenant : gencive, os, tissu),
 - orthodontie (technique dentaire correctrice destinée notamment à prévenir ou à corriger les anomalies de position des dents).

Au titre de la garantie optique, par référence au décret 2014-1374 du 18 novembre 2014, nous* entendons par :

- ▮ Equipement verres simples :
 - Verres simples : sphère entre -6,00/+6,00 dioptries, cylindre < 4,00
- ▮ Equipement verres complexes :
 - Verres simples, multifocaux, progressifs : sphère entre -6,00/+6,00 dioptries, cylindre < 4,00 et sphère > -6,00/+6,00 dioptries, cylindre > 4,00
 - Verres simples, multifocaux, progressifs : sphère > -6,00/+6,00 dioptries, cylindre > 4,00
- ▮ Equipement verres très complexes : toutes autres corrections.

Au titre des garanties optiques et dentaires

- ▮ En optique, le terme enfant désigne les enfants de moins de 18 ans,
- ▮ En dentaire, le terme enfant désigne les enfants de moins de 16 ans.

Au titre des autres garanties, nous* versons à la mère de l'enfant :

- ▮ une allocation maternité ou d'adoption. La mère et l'enfant doivent être garantis par le présent contrat.

Au titre de la garantie Renfort Coups Durs, nous* prenons en charge :

- ▮ les frais exposés suite à un accident* pour financer :
 - l'achat d'un fauteuil roulant,
 - des équipements basse vision (loupes grossissantes ou télé-agrandisseurs) utilisés lorsque des lunettes ou des lentilles ne suffisent plus pour corriger une très forte déficience visuelle.

2.4 Territorialité

GARANTIES	TERRITORIALITÉ OÙ S'EXERCE NOTRE GARANTIE
Toutes garanties (sauf Assistance)	Monde entier, dès lors que les frais de soins exposés sont pris en charge par votre régime obligatoire*. Le remboursement est toujours effectué en France et en €.
Assistance	Voir § 1 « Assistance »

3 - Exclusions générales applicables à toutes les garanties

3.1 Les exclusions du régime obligatoire*

Afin de respecter les règles relatives aux contrats responsables, nous* ne remboursons pas :

- la participation forfaitaire pour certains actes médicaux ou consultations de médecins (1 € au 01/01/2010), conformément à la loi N° 2004 - 810 du 13/08/2004 et ses décrets d'application relatifs à l'assurance maladie,
- les franchises médicales.
- Si vous* ne suivez pas le parcours de soins coordonné et que vous* avez souscrit un contrat responsable (§ 2.2) :
- tout ou partie des dépassements d'honoraires des actes cliniques et consultations des médecins,
- l'intégralité de la majoration du ticket modérateur appliquée par votre régime obligatoire*.

3.2 Les exclusions liées à des risques particuliers

Les exclusions ci-après énumérées, ne seront pas applicables au titre de la prise en charge du ticket modérateur qui vous est due dans le cadre du contrat responsable (prestations visées par les articles L 871-1, R 871-1, R 871-2 et L 911-7 du code de la sécurité sociale et leurs décrets d'application)

Nous* ne remboursons pas les frais consécutifs à un accident* ou une maladie,* ainsi que leurs suites et conséquences :

- causés ou provoqués intentionnellement par les personnes assurées. Toutefois, demeure garantie la tentative de suicide de l'assuré mineur,
- résultant de votre participation active à une émeute, un mouvement populaire,
- causés par la guerre,
- dus aux effets directs ou indirects de modification du noyau atomique ou de tout phénomène de radioactivité. Toutefois, sont garanties les lésions occasionnées par les rayons X, le radium, ses composés et dérivés utilisés à des fins médicales et thérapeutiques,
- résultant de la pratique de sports à titre professionnel.

3.3 Les exclusions liées à des soins particuliers

Nous* ne remboursons pas :

Les dépenses :

- résultant de traitement ou de chirurgie esthétique non pris en charge par votre régime obligatoire*,
 - résultant de traitement à des fins psychanalytiques.
 - Pour les séjours en centre de repos, de convalescence ou de rééducation fonctionnelle au-delà des trois premiers mois.
- La chambre particulière, le lit d'accompagnant et le forfait journalier :
- Pour les séjours en hospice, maison de retraite ou établissement assimilés, maison d'enfant à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique, institut médicaux éducatif, service de long séjour dans un hôpital.
- La chambre particulière et le lit d'accompagnant :
- Pour les séjours en désintoxication alcoolique ou toxicomanie dès le premier jour,

4 - Le règlement de vos prestations

4.1 En complément du régime obligatoire*

- Nous* vous* faisons bénéficier de la télétransmission automatique des relevés de remboursement par le régime obligatoire* sous réserve de l'accord de celui-ci et sauf avis contraire de votre part.

Vous* recevez l'original du relevé de remboursement du régime obligatoire*.

Si sur ce décompte, la mention « transmis directement à votre organisme complémentaire » figure : **vous* n'avez pas à transmettre ce document.**

- Si vous* ne pouvez pas ou ne voulez pas bénéficier de la télétransmission avec le régime obligatoire*, vous* devrez nous* adresser l'original du relevé de remboursement délivré par le régime obligatoire*.

Dans ce cas, merci d'adresser ce décompte dans l'enveloppe pré-adressée à :

✉ Thélem assurances
Département Santé
TSA 10005
41972 BLOIS CEDEX 9

4.2 Sans intervention du régime obligatoire*

Selon les garanties souscrites, vous* devez transmettre les documents suivants :

PRESTATIONS	DOCUMENT(S) À TRANSMETTRE
Frais médicaux courants Pharmacie non remboursée, techniques alternatives Sevrage tabagique	Factures originales acquittées des frais réellement engagés. Copie de la prescription médicale et factures originales acquittées des frais réellement engagés. Décompte du R.O pour remboursement hors échanges automatisés
Optique Lentilles correctrices, chirurgie de l'œil	Copie de la prescription médicale et factures originales acquittées des frais réellement engagés.
Dentaire Prothèses non remboursées, implantologie / parodontie / endodontie	Factures originales acquittées des frais réellement engagés.
Autres prestations Fécondation in vitro – Amniocentèse (procédure médicale utilisée en diagnostic prénatal) Prime de naissance Cures thermales Renfort audioprothèses	Factures originales acquittées des frais réellement engagés. Acte de naissance ou d'adoption. Factures (transport et hébergement). Factures originales des frais réellement engagés.
Renfort Coups Durs Fauteuil roulant, équipements basse vision	Copie de la prescription médicale et factures originales acquittées des frais réellement engagés.
Hospitalisation Télévision, téléphone, internet	Factures originales acquittées des frais réellement engagés.

4.3 Tiers-payant

- Toutes nos formules bénéficient du tiers-payant. En conséquence, vous* n'avancez pas vos frais médicaux auprès des professionnels de santé acceptant le tiers-payant, dans la limite de la base de remboursement retenue par votre régime obligatoire*.

Une attestation vous* est remise.

Elle indique :

- ▶ les professionnels de santé pour lesquels les droits sont ouverts,
- ▶ les assurés qui peuvent en bénéficier.

Elle doit être présentée aux professionnels de santé. En cas de perte de votre attestation, vous* devez faire une demande de renouvellement auprès de votre assureur conseil. Si votre contrat est résilié, vous* devez impérativement restituer votre attestation à votre assureur conseil.

4.4 Suite à une hospitalisation

Sur votre demande, nous* adressons à l'établissement hospitalier une prise en charge. Dans la limite de la garantie souscrite, nous* réglons directement l'établissement (y compris le forfait chambre

particulière si votre formule couvre ces dépenses) et vous* n'avez à payer que les éventuels suppléments.

4.5 Quand votre contrat intervient en tant que surcomplémentaire santé

RÈGLES GÉNÉRALES

La surcomplémentaire ne peut être souscrite que dans la mesure où vous* bénéficiez d'une complémentaire santé.

Le cumul des remboursements du régime obligatoire* et des remboursements des complémentaires santé ne peut excéder les frais que vous* avez réellement engagés.

MODALITÉS PRATIQUES DE RÈGLEMENT

Nous* pouvons intervenir :

- en 1^{er} niveau c'est-à-dire sans intervention préalable de votre régime obligatoire* ou de votre contrat complémentaire santé. Vous* nous* transmettez les factures originales des frais réellement engagés.
- en 2^{ème} niveau c'est-à-dire après intervention de votre régime obligatoire* ou de votre complémentaire santé. Vous* nous* transmettez votre décompte :
 - ▶ de votre régime obligatoire* s'il est intervenu seul,
 - ▶ ou de votre complémentaire santé.
- en 3^{ème} niveau, c'est-à-dire après intervention de votre régime obligatoire* et de votre complémentaire santé. Vous* nous* transmettez le décompte de votre complémentaire santé.

Vous* ne bénéficiez pas :

- des services carte blanche,
- du tiers-payant,
- de la télétransmission automatique des relevés de remboursement par le régime obligatoire*.

4.6 Avance sur devis dentaire

Les prothèses dentaires peuvent entraîner des dépenses très lourdes. Pour vous* aider à y faire face, nous* pouvons vous* faire l'avance d'une partie de ces frais, selon les modalités suivantes :

- Vous* adresserez, le cas échéant, une demande d'entente préalable à votre régime obligatoire*. Dès son accord ou dès que vous* le souhaitez en l'absence d'entente préalable, vous* pouvez nous* demander **une avance de 70 % des montants de remboursements que nous* vous* devons (au titre des garanties que vous* avez souscrites)**. Cette avance sera réglée directement à votre praticien.

Correspondance à adresser à :

✉ Thélem assurances
Département Santé
TSA 10005
41972 BLOIS CEDEX 9

4.7 Nos engagements

1/ Information claire

Notre département Santé vous* adresse tous les mois (si au moins une demande de remboursement a été traitée) un bordereau récapitulatif détaillant l'ensemble des remboursements réalisés depuis l'envoi du bordereau précédent.

En cas de remboursement supérieur à 300 €, le bordereau est adressé en même temps que le remboursement.

Pour connaître à l'avance vos montants de remboursements ou pour être renseigné sur un remboursement, c'est très simple :

- ➔ Contactez le : **09 77 40 06 99**
- ➔ Connectez-vous : <http://www.thelem-assurances.fr>

2/ Délais de remboursements rapides

Vos demandes de remboursement sont traitées en 48 heures à la réception du décompte.

3/ Vos remboursements

- Pour connaître à l'avance vos montants de remboursements (notamment en optique et en dentaire)
- Pour être renseigné sur un remboursement déjà effectué,

C'est très simple,

- Contactez notre département Santé :
Téléphone : 09 77 40 06 99
Fax : 02 54 57 34 40

4.8 Autres assurances

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (Article 2 Décret n° 90-769 du 30 Août 1990 et 2^e alinéa de l'Article 9 de la Loi du 31 Décembre 1989).

4.9 Informations complémentaires / Examen médical / Mission d'information / Expertise

Vous* acceptez si nous* le jugeons utile :

- de nous* transmettre tous renseignements ou documents supplémentaires. Si vous* estimez que certaines informations sont confidentielles, vous* pouvez les adresser à notre médecin-conseil,
- de vous* soumettre à un examen médical par un médecin désigné à nos frais et à toute autre mission d'information effectuée par nos représentants ou délégués.

En cas de contestation d'ordre médical portant sur l'origine, les causes ou les conséquences de l'accident* ou de la maladie*, le différend est soumis à une expertise contradictoire.

Chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin ; les trois médecins procèdent en commun et à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son médecin ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par la juridiction compétente sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt 15 jours après l'envoi, à l'autre partie, d'une lettre recommandée de mise en demeure avec accusé de réception.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du tiers expert et des frais de sa nomination.

Correspondance à adresser à :

✉ Thélem assurances
Département Santé - A l'attention du médecin conseil
TSA 10005
41972 BLOIS CEDEX 9

4.10 Perte de vos droits

Dans le cas où il serait fait obstacle à l'exercice des investigations décrites au § 4.9, vous* seriez déchu de tout droit à indemnité, sauf opposition justifiée.

L'utilisation de renseignements ou de documents inexacts ou falsifiés, dans le but d'obtenir des prestations indues, **entraînerait la perte de vos droits à prestations**. Nous* pourrions résilier le contrat selon le § 5.3.

4.11 Subrogation

Nous* sommes subrogés dans les termes de l'article L 121-12 du Code des Assurances, jusqu'à concurrence du montant des prestations que nous* payons, dans vos droits et actions contre tout responsable du sinistre.

Si la subrogation ne peut plus, de votre fait, s'exercer en notre faveur, notre garantie cesse d'être engagée dans la mesure même où aurait pu s'exercer la subrogation.

5 - Vie du contrat

5.1 Vos obligations - Nos obligations

● Information sur le risque

Vos déclarations à la souscription ou en cours de contrat

Votre contrat est établi d'après vos déclarations faites lors de la souscription ou lors du dernier avenant. Ces déclarations sont reproduites aux conditions particulières.

En cours de contrat, vous* devez nous* déclarer les modifications concernant les événements suivants :

- changement de domicile,
- modification de la composition de votre famille assurée,
- modification du régime obligatoire* de rattachement d'une des personnes assurées,
- retraite professionnelle, cessation temporaire ou définitive d'activité professionnelle d'une des personnes assurées.

Si cette modification entraîne un changement de cotisation, vous* avez 30 jours pour accepter ou refuser la proposition tarifaire. Si vous* la refusez, le contrat est résilié 30 jours après votre notification de refus.

Conséquences de déclarations inexactes

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans les déclarations entraîne l'application, suivant le cas, des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances.

Tout défaut d'information relatif aux éléments de déclarations constitue une aggravation du risque. Vous* devez nous* déclarer toute modification, par lettre recommandée si possible, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous* en avez connaissance.

Cotisation d'assurance

La cotisation annuelle (ainsi que les frais, taxes et contributions fixées par l'état) se paie à la date (ou aux dates) indiquées aux conditions particulières.

En cas de non-paiement de la cotisation

Si vous* ne payez pas votre cotisation ou une fraction de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, nous* adressons à votre dernier domicile connu une lettre recommandée qui, sauf paiement entre temps :

- suspend les garanties à l'expiration d'un délai de 30 jours,
- résilie le contrat à l'expiration d'un délai supplémentaire de dix jours.

Le règlement de la cotisation effectué après la date de résiliation n'entraîne pas pour autant la remise en vigueur du contrat.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension

de la garantie intervenue pour non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée, sans pour autant vous* dispenser de l'obligation de payer les fractions de cotisation exigibles à leurs échéances.

Lorsque la cotisation annuelle sera payable par fractions, il est entendu qu'en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à son échéance, toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance en cours deviendront automatiquement exigibles.

● Révision de la cotisation

Chaque année, la cotisation est modifiée, le cas échéant, en fonction de différents éléments :

● Changement de tranche d'âge

La cotisation est réajustée automatiquement pour chaque personne assurée à compter de l'échéance principale, qui suit son passage dans la tranche d'âge supérieure, conformément au tarif ayant servi de base à l'établissement du contrat et qui en fait partie intégrante.

● Changement de domicile (résidence principale)

La cotisation est réajustée à chaque changement de domicile lorsqu'il entraîne une modification de zone géographique tarifaire.

● Révision de tarif (à caractère technique)

Nous* pouvons réviser nos tarifs pour d'autres motifs (à caractère technique), tels que la modification des bases de remboursement du régime obligatoire*. La cotisation est modifiée à l'échéance.

En cas de majoration de la cotisation, vous* aurez le droit de résilier le contrat par lettre recommandée dans les 30 jours suivant celui où vous* aurez eu connaissance de la majoration. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de cette lettre et la cotisation restant due, pour la période entre la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation, sera calculée sur la base du tarif précédent.

● Frais de gestion

Nous* vous* informons que des frais peuvent vous* être imputés au titre de la gestion de votre contrat. Le détail de ces frais est disponible auprès de votre intermédiaire ou sur notre site internet.

● Droit d'adhésion

Nous* vous* informons que le montant des droits d'adhésion prévus aux statuts d'un montant de 20 euros vous sera facturé lors de la souscription de votre premier contrat.

5.2 Formation - Effet et durée du contrat

Formation

Le contrat est formé dès l'accord des parties. Avant la conclusion du contrat, nous* vous* remettons un exemplaire de projet du contrat et de ses pièces annexes valant notice d'informations.

Effet

Le contrat prend effet à la date et l'heure indiquées aux conditions particulières.

En cas de paiement par chèque, la prise d'effet du contrat est subordonnée à l'encaissement du chèque.

Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat sauf

si nous* refusons dans les 10 jours votre proposition faite par lettre recommandée de modifier le contrat.

Durée

Le contrat est souscrit jusqu'à la prochaine échéance principale.

Il est renouvelable ensuite par tacite reconduction à chaque échéance principale avec les facultés de résiliation prévues au § 5.3.

5.3 Résiliation du contrat

● Les cas de résiliation

Le contrat peut être résilié dans les cas ci après :

Par vous* :

- chaque année, à la date d'échéance principale, moyennant un **préavis de deux mois au moins**.
- en cas de survenance de l'un des événements suivants (L 113-16 du Code des Assurances) :
 - changement de domicile,
 - changement de situation matrimoniale,
 - changement de régime matrimonial,
 - changement de profession,
 - retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

lorsque les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation doit :

- être effectuée dans les trois mois suivant la date de l'événement,
- comporter toutes précisions de nature à établir qu'elle est en relation directe avec ledit événement,
- être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception, indiquant la nature et la date de l'événement invoqué (R 113-6 du Code des Assurances),
- prendre effet un mois après sa notification.
- en cas de diminution du risque si nous* ne consentons pas la réduction de cotisation correspondante (L 113-4 du Code des Assurances),
- si nous* avons résilié, après un sinistre, un autre contrat que vous* aviez conclu avec nous* ; vous* avez alors un mois pour résilier le présent contrat, cette résiliation prenant effet un mois après sa notification (R 113-10 du Code des Assurances),
- en cas de révision de la cotisation pour des motifs à caractère technique dans les conditions prévues au § 5.1 VOS OBLIGATIONS - NOS OBLIGATIONS - Révision de la cotisation,
- en cas de transfert du portefeuille de l'assureur (L 324-1 du Code des Assurances),
- chaque année dans un délai de 20 jours suivant la date d'envoi (cachet de la poste) de l'avis d'échéance principale lorsque le document comporte une mention rappelant les conditions de dénonciation qui vous* sont offertes, ou à tout moment à compter de la date de reconduction du contrat en l'absence d'une telle mention sur l'avis d'échéance principale. La résiliation prend alors effet le lendemain à OHOO de l'envoi de la notification, que vous* nous* adressez, le cachet de la poste faisant foi.
- en cas de démarchage à domicile (L 112-9 du Code des Assurances).

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus, à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Pour l'exercice de ce droit, vous* devez adresser à votre assureur conseil une lettre recommandée avec accusé de réception reprenant le modèle suivant :

« Madame, Monsieur, je soussigné.....
déclare renoncer au présent contrat.

Fait le..... (+ date et signature)».

Vous* serez alors remboursé, au plus tard dans les 30 jours, de la part de cotisation correspondant à la période d'assurance durant laquelle le risque n'a pas couru, sauf mise en jeu de la garantie.

Par nous* :

La garantie étant viagère nous* ne sommes autorisés à résilier le contrat que dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations (L 113-3 du Code des Assurances),
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque (L 113-9 du Code des Assurances),
- en cas de refus du nouveau montant de cotisation proposé lorsque vous* changez de domicile ou de régime obligatoire*.

En cas de vente à distance :

Si le contrat a été souscrit dans le cadre d'une vente à distance, vous* bénéficiez, conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, d'un droit :

- de renonciation dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter :
 - a) soit du jour où le contrat à distance est conclu,
 - b) soit du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point a) ci-dessus.
- à être remboursé des sommes réglées et encaissées au titre de la période postérieure à la date de renonciation, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

Pour exercer cette faculté, vous* devez adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à : Thélem assurances - BP 63130 - 45431 CHECY CEDEX selon le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) demeurant..... , déclare renoncer à mon contrat d'assurance N°..... souscrit le.....

Date : Signature :

Cette renonciation ne s'applique pas :

- aux contrats d'assurance temporaire dont la durée est inférieure à un mois,
- dès lors que vous* avez bénéficié de la prise en charge d'un sinistre* au titre des garanties de votre contrat.

De plein droit :

- en cas de retrait total d'agrément ou de liquidation judiciaire de l'assureur (L 326-12 et R 326-1 du Code des Assurances),
- si vous* ne bénéficiez plus d'un régime obligatoire*.

● Notification des résiliations

Lorsque vous* avez la faculté de résilier le contrat, vous* pouvez le faire à votre choix, soit par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé à notre siège ou auprès de votre assureur conseil.

Si nous* prenons l'initiative de résilier votre contrat, la résiliation doit vous* être notifiée par lettre recommandée à votre dernier domicile dont nous* avons connaissance.

Les délais de préavis, s'il en est prévu, pour la résiliation, sont décomptés à partir de la date d'envoi de la notification, le cachet de la poste faisant foi.

● Fraction de la cotisation postérieure à la résiliation / Indemnité de résiliation

En cas de résiliation au cours d'une période d'assurance, la fraction de cotisation correspondant à la période postérieure à la résiliation ne nous* est pas acquise. Elle doit vous* être remboursée si elle a été perçue d'avance sauf en cas :

- de non-paiement de la cotisation (L 113.3 du Code des Assurances). La cotisation annuelle est intégralement due,
- d'application des sanctions prévues au titre de l'article L 113.8 du Code des Assurances (nullité du contrat), les cotisations échues nous* restant acquises.

6 - Informations Juridiques

6.1 Prescriptions

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 du code des assurances

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Ce délai ne court :

- 1/ en cas de réticence, omission, fausse ou inexacte déclaration, que du jour où * nous en avons connaissance,
- 2/ en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

L 114-2 du code des assurances

La prescription peut être interrompue :

- 1/ par une des causes ordinaires d'interruption par références aux articles 2240 à 2246 du code civil c'est-à-dire : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice, un acte d'exécution forcée. Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription merci de vous reporter aux articles du Code civil précités.
- 2/ dans les cas suivants : désignation d'expert(s) à la suite d'un sinistre*, envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (au titre du paiement de votre cotisation ou du règlement de l'indemnité), citation en justice (même en référé), commandement ou saisie.

Article L114-3 du Code des assurances

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

6.2 Réclamation

Vous apporter une relation unique et de qualité est notre principal objectif. Il peut cependant arriver que vous rencontriez un mécontentement ou un désaccord avec nous relatif à l'établissement d'un devis, à la gestion de votre contrat ou de votre sinistre.

Parlez-en à votre interlocuteur Otherwise :

S'il ne peut lui-même apporter des réponses à vos questions et/ou des solutions à vos difficultés, vous pourrez vous adresser aux services du siège à l'adresse suivante : Thélem assurances - Le Croc- 45430 CHECY.

Les services du siège :

Les services du siège prennent en charge vos réclamations. Ils analysent l'origine du problème et s'assurent de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais. Si la réponse apportée ne vous satisfait toujours pas, nos services vous proposeront de vous adresser à notre correspondant au médiateur de la profession.

Le correspondant au médiateur de la profession :

Ce recours amiable est gratuit. Le correspondant au médiateur de la profession est indépendant. Il traitera votre situation en droit et en équité.

Vous* pouvez saisir le Médiateur si un mécontentement persiste malgré vos échanges avec votre agence puis avec les Services du siège.

Vous* pouvez lui adresser votre courrier à l'adresse suivante :

Thélem assurances, A l'attention du correspondant au médiateur de la profession, Le Croc 45430 Chécy.

Le Médiateur de la profession :

Si vous estimez que les réponses apportées à votre réclamation ne sont pas satisfaisantes après toutes les voies de recours décrites ci-dessus, vous pouvez présenter un recours au médiateur de la profession, pour les litiges concernant votre contrat et vous opposant à votre assureur : FFSA, A l'attention de La Médiation de l'Assurance TSA 50110 75441 PARIS Cedex 09

Pour plus de détails sur la procédure de médiation, vous pouvez consulter la Charte FFSA.

6.3 Protection de vos données à caractère personnel

Les données personnelles recueillies, traitées et enregistrées par Thélem assurances, responsable du traitement, sont obligatoires et sont notamment utilisées par la Société :

- pour la gestion du contrat ou pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires concernant notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- pour lutter contre la fraude à l'assurance. Vos données peuvent ici être traitées par des personnes habilitées en la matière, ce traitement pouvant aboutir à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. De plus, dès lors qu'ils sont directement concernés par une fraude, d'autres organismes peuvent être destinataires des données relatives à cette fraude (organismes d'assurances, intermédiaires, organismes sociaux,

auxiliaires de justice, officiers ministériels, organismes tiers autorisés par la loi, victimes de fraude ou leurs représentants.),

- dans un objectif d'évaluation et d'acceptation des risques. Ces données, pendant toute la durée de la relation contractuelle, pourront être communiquées aux prestataires de service, aux partenaires et aux sous-traitants qui exécutent pour le compte de Thélem assurances certaines tâches indispensables à la bonne exécution du contrat.

Ces données personnelles pourront donner lieu à l'exercice du droit d'accès, de rectification et d'opposition dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, par courrier adressé à Thélem assurances à l'attention du CIL - Le Croc - BP 63130 - 45430 CHECY.

6.4 Preuves

Nous* acceptons et vous* acceptez expressément que les copies des documents contractuels, sous forme électronique, soient admises comme preuves au même titre que l'écrit sur support papier.

6.5 Prospection commerciale par voie téléphonique

Le consommateur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique (www.bloctel.gouv.fr).

Dans ce cas, il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement le consommateur, sauf si ce dernier est déjà client du professionnel.

L'organisme chargé de la gestion de la liste d'opposition au démarchage téléphonique est désigné par un arrêté ministériel pour une durée de 5 ans.

7 - Les modalités de souscription à distance Internet

Préalable :

Ce paragraphe vient uniquement préciser les modalités de souscription à distance. Il ne déroge pas aux termes et conditions figurant aux Dispositions Générales et qui restent intégralement applicables.

Lorsque la souscription de votre contrat se fait à distance (par Internet), les modalités sont les suivantes :

A - Le parcours de souscription

1) Vous* répondez à un questionnaire vous permettant de déclarer les éléments nécessaires à votre identification, ainsi qu'à l'évaluation et à la connaissance du risque à assurer.

2) Au terme de ce questionnement, vous* validez et attestez l'exactitude et l'exhaustivité de vos déclarations et informations saisies.

3) Vous* signez électroniquement :

- les dispositions particulières qui reprennent l'ensemble de vos déclarations, répond aux besoins exprimés ainsi qu'aux garanties que vous* avez souhaitées,
- votre mandat de prélèvement bancaire.

Ces documents sont archivés par un tiers certificateur qui nous permettra de produire cette preuve en cas de différend entre vous*et nous* sur l'application des conditions du contrat nous liant.

4) Les Dispositions Générales sont accessibles tout au long du parcours de souscription sur notre site internet.

Toute inexactitude, omission ou réticence dans vos réponses ou déclarations peut être sanctionnée :

- **si elle est intentionnelle, par la nullité du contrat** (L 113.8 du Code des assurances),
- **dans le cas contraire :**
 - ⇒ **avant tout sinistre* : par l'augmentation de la cotisation ou la résiliation du contrat,**
 - ⇒ **après sinistre* : par la réduction proportionnelle de l'indemnité** (L 113.9 du Code des assurances).

B - Effet différé dans le temps (situation où la date de début de garanties que vous* souhaitez est postérieure à votre demande de souscription)

Dans le cas où vous* souhaitez un effet différé dans le temps, les modalités de souscription restent celles indiquées au § A.

C - La modification du contrat

Toute modification du contrat se fait en contactant votre Conseiller Otherwise dont les coordonnées figurent sur le bulletin de souscription.

D - Droit de rétractation

Le droit de renonciation en cas de vente à distance est rappelé au § 5.3 des dispositions générales

Pour être remboursé, c'est très simple !

Si votre organisme obligatoire pratique les échanges informatiques avec le Département Santé Thélem assurances, vous n'avez rien à faire :

- Votre décompte nous parvient automatiquement.
- Sinon, adressez-nous le décompte.

Pour les prestations que nous couvrons mais que votre régime obligatoire ne prend pas en charge, les justificatifs (suivant les cas : copie de la prescription médicale, factures originales des frais réellement engagés, etc...) doivent nous être transmis par courrier.

Pour plus de précisions, vous pouvez vous reporter au § 5.2 du présent document.

Astuce lorsque vous correspondez avec notre Département Santé, utilisez l'enveloppe pré-adressée.

Pour le suivi de vos remboursements...

Pour toute question concernant vos remboursements ou les services du Département Santé, merci de nous joindre au :

09 77 40 06 99

Ce numéro est accessible du lundi au vendredi de **8 h 30 à 18 h (sauf jours fériés)**.

Vous pouvez également nous contacter à l'adresse suivante :

**Thélem assurances - Département Santé - TSA 10005
41972 Blois cedex 9**

ou par internet : <http://sante.thelem-assurances.fr>

Assistance Vous voulez bénéficier des prestations d'assistance, composez-le :

01 40 25 16 16

Ce numéro est accessible **24 heures/24, 7 jours/7**.

Pour l'ensemble des prestations d'assistance, n'engagez pas de frais sans nous avoir contactés au préalable.

Evolution de votre contrat Votre situation familiale ou professionnelle évolue, vous souhaitez changer de formule, vous avez besoin de précisions sur votre contrat :

**Contactez votre assureur conseil, vous serez accueilli,
écouté et renseigné par un professionnel.**

Vos avantages CARTE BLANCHE

Un bouquet de services et des tarifs très avantageux auprès de professionnels !

- **7 800 opticiens indépendants ou franchisés :**

- ▶ s'engageant à respecter individuellement une charte de qualité de services,
- ▶ pratiquant des tarifs compétitifs sur les verres (de - 25 à - 35 % du prix marché) et sur les montures,
- ▶ acceptant le tiers-payant optique. Vous présentez votre carte et vous ne faites pas l'avance des frais couverts par votre contrat santé,
- ▶ garantissant les lunettes contre la casse pendant 2 ans,
- ▶ garantissant l'adaptation et la déchirure des lentilles pendant 3 mois.
- ▶ proposant l'offre Carte Blanche Prysme (un reste à charge à 0€ ou réduit, suivant votre forfait optique)

- **3 300 audioprothésistes avec des prix négociés pour vos prothèses auditives.**

- **un annuaire de professionnels de santé** pour répondre à vos interrogations.

Comment faire ?

Pour trouver la liste des professionnels partenaires et accéder à toute l'information en ligne, il vous suffit de vous connecter sur votre espace assuré via www.thelem-assurances.fr (rubrique « mes contrats ») ou créez votre espace assuré si vous ne l'avez pas encore fait.

Pour bénéficier de tous ces avantages chez les professionnels partenaires, vous présentez votre attestation TIERS PAYANT sur laquelle apparaît le logo CARTE BLANCHE.



Le site internet Thélem
www.thelem-assurances.fr



Facebook
www.facebook.com/thelem.assurances



La protection digitale avec ENSEMBLECONNECTÉS
www.ensembleconnectes.fr

Otherwise est la marque d'Amalfi, Société par Actions Simplifiée au capital de 55 556 euros, dont le siège est situé 39-41, rue de la Chaussée d'Antin 75009 Paris, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 818212 045. La société Amalfi SAS est un courtier en assurances immatriculé au Registre des Intermédiaires en Assurance sous le No 16003848 (registre tenu à jour par l'ORIAS et consultable sur le site www.orias.fr) et a opté pour la classification de courtier «dit b», au titre de l'art L.520.1 du Code des Assurances. La société Amalfi SAS n'a aucun lien capitalistique avec des sociétés d'assurance. Sur demande, elle communique les entreprises d'assurance avec lesquelles elle travaille. Le présent contrat est assuré par Thélem assurances, Société d'assurances mutuelle à cotisations variables, Régie par le Code des Assurances, Enregistrée sous le n° SIRET 085 580 488 00071 dont le siège social est situé « Le Croc » - BP 63130 - 45431 Chécy cedex / www.thelem-assurances.fr. Autorité de contrôle des entreprises ci-dessus mentionnées : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75009 Paris.

