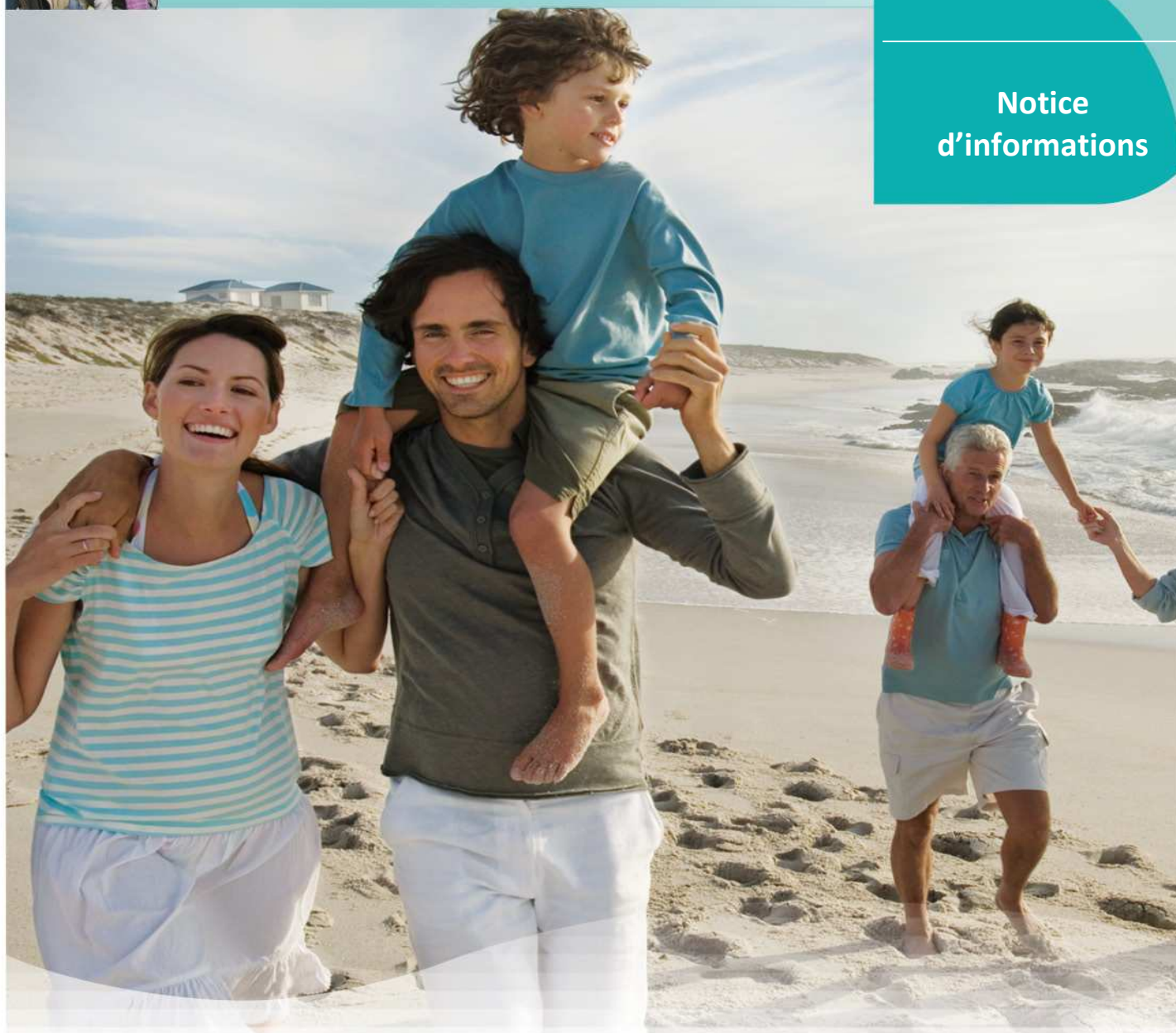




Protection Santé +

Notice
d'informations



GMC
services

Une société du Groupe HENNER-GMC



VOTRE CONTRAT, VOTRE ADHESION	PAGE 3
ASSISTANCE SANTE	PAGE 12
PROTECTION JURIDIQUE	PAGE 16
DISPOSITIONS COMMUNES A L'ASSISTANCE SANTE ET A LA PROTECTION JURIDIQUE	PAGE 19
LES SERVICES A LA PERSONNE	PAGE 21



VOTRE CONTRAT

Protection Santé + est un contrat collectif à adhésion individuelle :

- souscrit par : La Garantie Médicale et Chirurgicale (G.M.C.), association régie par la loi de 1901, 10, rue Henner 75009 – Préfecture de Paris n° 011559, ci-après dénommée « L'association » ,
- auprès de : CAMEIC, l'Assureur, Société d'Assurance Mutuelle régie par le code des assurances, Siège social : 25 rue de Madrid, 75008 Paris, ci-après dénommée « CAMEIC », Assureur du risque « Garantie Santé » (contrats N° 2623 et 2670 pour Protection Santé + et « Chômage » (contrat N°2667)
- auprès de GARANTIE ASSISTANCE : Société régie par le code des assurances, 38 rue de la Bruyère 75009 PARIS, pour les garanties d'Assistance santé Vie Quotidienne et Assistance Protection Juridique (Contrats n° : 1777 et 1778,)
- auprès de DOMICAL : association de loi 1901 déclarée auprès de la Préfecture de Paris et agréée par la Préfecture (n°d'agrément N/130907/A/075/S/084) en tant que structure de coordination et d'intermédiation de Services à la Personne dont la siège social est situé 38 rue La Bruyère – 75009 PARIS (contrat n°1779)
- auprès de la GARANTIE OBSEQUES (association loi 1901) 10, rue Henner 75009 Paris – Préfecture de Paris n° 006602 pour le risque Obsèques (contrat N°25000), elle-même assurée auprès d'ALLIANZ, société anonyme au capital de 643 054 425 euros- siège social : 87 rue de Richelieu 75002 PARIS – RCS Paris 340 234 962

L'association G.M.C. a délégué à GMC Services, SAS de courtage et de gestion d'assurance agréée ORIAS n° 07 002 039, la négociation des conditions de garantie du contrat **Protection Santé +** auprès des assureurs. Elle lui en a également confié la commercialisation à titre exclusif, via son propre réseau commercial et son réseau d'intermédiaires d'assurances.

La gestion des adhésions au contrat **Protection Santé +** est réalisée en pratique par GMC Gestion, Groupement d'Intérêt Economique régi par l'ordonnance du 23 septembre 1967, 10 rue Henner 75009 PARIS, dont GMC Services est membre.

LEXIQUE

Adhérent : La personne signant la demande d'adhésion, acquitte les cotisations et ainsi fait accéder aux *garanties* dudit contrat.

Assuré : La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au certificat d'adhésion.

Conjoint : Est considéré comme Conjoint l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité ou son (sa) concubin(e) notoire.

Couple : Est considéré comme couple, l'adhérent et son conjoint.

Enfant : Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou ceux de votre Conjoint. La garantie cesse à leur égard à la fin de l'année suivant leur 25ème anniversaire. A compter de 18 ans les enfants peuvent continuer à être assurés dans le cadre de l'adhésion des parents moyennant l'acquiescement d'une cotisation Adulte.

Age : L'âge de l'assuré est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion en cours considérée et l'année de naissance.
Exemple : Un assuré souscrivant son adhésion à compter du 1^{er} février 2010, né le 2 août 1970, sera considéré avec un âge de 40 ans (2010 – 1970 = 40), et lors du renouvellement de son adhésion au 1^{er} janvier 2011, avec un âge de 41 ans en 2011.

Conclusion de l'adhésion : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et l'assureur. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

Année d'assurance : Période s'écoulant entre deux dates d'échéance principale.

Echéance principale : C'est la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion. Elle est mentionnée sur le certificat d'adhésion.

Délai d'attente : Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pour des frais engagés et événement survenant pendant cette période.

Garantie : Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles des renforts éventuellement souscrits, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

Régime obligatoire (RO) : C'est le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Française dont relève l'assuré.

Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) : Tarif sur la base duquel est calculé le remboursement effectué par le Régime obligatoire de Sécurité Sociale Française dont relève l'assuré, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

Plafond annuel de remboursement : seuil limite annuel de la prise en charge par l'assureur d'une dépense pour un type d'acte.

Nous : Il s'agit de nous l'assureur.

Vous : Il s'agit de vous, l'adhérent au contrat.

PREAMBULE

Votre adhésion au contrat *Protection Santé +* est :

- régie par les dispositions qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment par le Code des assurances. En accord avec l'association et vous même nous nous engageons à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion,
- constituée des éléments suivants :
 - la présente Notice d'Information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements,
 - le certificat d'adhésion qui précise notamment le contrat auquel vous adhérez (*Protection Santé +*), les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites,
 - le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé garanties.

OBJET DU CONTRAT

Le contrat **Protection Santé +** a pour objet de permettre à l'adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à maladie, accident ou hospitalisation. Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'adhérent.

Le cas échéant, selon les garanties souscrites, et votre situation personnelle, les garanties proposées prévoient, à titre accessoire à la garantie principale, dite « Garantie Santé », un ensemble de services et des prestations complémentaires en cas de chômage de l'adhérent, de décès d'un assuré, ou d'assistance aux assurés.

NATURE DES GARANTIES SANTE DU CONTRAT

Garanties «contrat solidaire» : L'accès à l'un ou à l'autre des contrats et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé de l'adhérent, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties «contrat responsable» : Les différentes formules de garantie santé du contrat **Protection Santé + à l'exception de la formule Hospitalisation**, respectent l'ensemble des dispositions fixées par les articles L.871-1 et L.871-2 du code de la Sécurité sociale : ainsi que ses textes d'application détaillés dans l'article L.162-5-3, dont notamment :

- le remboursement de certaines prestations de prévention dans les conditions définies par l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale,
- la non prise en charge des pénalités résultant du non respect du parcours de soins, tels que, la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire, le reste à charge sur les dépassement d'honoraires des actes cliniques et techniques, suivant les dispositions du 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale, les franchises, majorations, et participations forfaitaires.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des adhérents.

QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?

Pour adhérer au contrat, vous devez :

- être assujéti à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- être âgé de 18 ans ou plus
- respecter l'âge limite d'adhésion précisé ci-dessous.

Dispositions spécifiques au contrat Protection Santé + sous le numéro 2623 (Loi Madelin : Contrat réservé aux seuls adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :

Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie des Travailleurs Non Salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base. **En cas d'adhésion au contrat n°2623, la prestation Allocation obsèques n'est pas assurée pour aucune des personnes assurées dans le cadre de votre adhésion, et vous ne pourrez bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé, dite « contrat aidé », « ACS », « Chèque santé » ou « crédit d'impôt ».**

PERSONNES ASSUREES ET AGE LIMITE D'ADHESION

L'adhérent, et s'ils sont désignés sur le Certificat d'adhésion, son conjoint, et ses enfants à charge.

Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime Obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Age limite d'adhésion aux formules :

- **Protection Santé + : 100, 125, 150, 175 et 200 : 80 ans.**
- **Protection Santé + : 250, 300 et formule Hospitalisation : 65 ans.**

EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion (échéance principale). Elle se renouvelle à chaque échéance principale sauf dénonciation par vous, nous, ou le souscripteur du contrat dans les conditions mentionnées au paragraphe «Résiliation».

Sauf dénonciation dans les formes prévues ci-dessus **la garantie santé est viagère. Toutefois, les garanties cessent respectivement de plein droit lorsque l'assuré atteint l'âge de 60 ans pour l'Aide hospitalière, et pour l'Allocation chômage au 55^e anniversaire pour l'adhérent.**

CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAIS D'ATTENTE

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et l'assureur.

La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.

La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion à l'égard de chaque personne assurée.

Aucun délai d'attente ne sera appliqué aux prestations mentionnées dans le tableau des garanties, exception faite d'une période non abrogeable de 12 mois sur la garantie Chômage, de 6 mois sur l'allocation Obsèques, de 3 mois sur la formule Hospitalisation (abrogée en cas d'accident).

TERRITORIALITE

La garantie du contrat **Protection Santé +** s'exerce en France Métropolitaine ou dans un Département d'Outre Mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte). Elle s'étend aux accidents, maladies et hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de base de l'assuré s'applique et que les séjours en dehors du territoire français et monégasque ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS

→ Les exclusions relatives à la Garantie santé et l'Aide hospitalière

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation relatifs à des actes ou soins commencés ou prescrits avant la date d'effet ainsi que ceux qui sont la conséquence de :

- de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record,
- de l'alcoolisme, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'assuré,
- d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente,
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense),
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

De plus ne sont pas pris en charge :

- les séjours en établissements hélio-marins ou de thalassothérapie,
- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties,
- les frais relatifs aux établissements de longs séjours, de gériatrie, de retraite, d'hospice,
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites,
- les prothèses dentaires provisoires,
- les séjours et frais relatifs aux établissements ou service de désintoxication, de post cure, les CCAA, ainsi que les CAARUD,
- les frais ou séjours en établissements médico-sociaux, ainsi que les LHSS,
- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de GMC Services indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'assuré.

Toutefois en cas de survenance d'un ou des événements mentionnés ci-dessus la *garantie* prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

En aucun cas, le versement à titre exceptionnel d'une participation sur une prestation non garantie par le contrat *Protection Santé +* ne pourra être considéré comme l'acceptation tacite du risque par GMC Services.

→ Limitations aux frais de santé et l'Aide hospitalière

- les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle sont limités à 90 jours par an et par assuré pour l'ensemble de ces séjours,
- les séjours dans les établissements ou service de psychiatrie sont limités à 30 jours par an et par assuré,
- la prise en charge des consultations effectuées par un psychiatre, un neuropsychiatre, ainsi qu'un pédopsychiatre, à hauteur des garanties précisées dans le tableau des garanties est limitée toutes spécialités confondues, à 6 par an et par assuré, dès lors et même si ces soins ont fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire,

→ Les exclusions relatives à l'Allocation chômage

Sont exclues de la garantie :

- toute période de chômage non indemnisée par le Pôle Emploi et/ou ne relevant pas du Régime d'Assurance Chômage de l'UNEDIC ;
- toute période de chômage indemnisée par une allocation autre que l'Allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) stricto sensu.

VOS DECLARATIONS

→ A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat **Protection Santé +**, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

→ En cours d'adhésion

Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire,
- les changements de domicile.

Si les éléments modifiés constituent :

- **une aggravation de risque** (hors problème de santé), nous pourrions, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si vous refusez nos nouvelles conditions de garantie, vous devrez nous en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification. Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant préavis de 10 jours.
- **une diminution de risque**, nous pourrions diminuer la prime en conséquence. A défaut, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

Pour toute inscription d'un nouvel assuré dans le cadre de votre adhésion, il faut procéder aux déclarations prévues. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'*adhérent* et les éventuels assurés lors de l'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.113- 8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

→ Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

→ Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à GMC Services par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même, dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire GMC Services ou l'assureur en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

VOS COTISATIONS

→ La base de calcul et le montant de vos cotisations

En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, des éventuelles options sélectionnées, de l'âge des assurés, du lieu de votre domicile, de la composition familiale et/ou du (ou des) Régime(s) Obligatoire(s) dont ils relèvent lors de la prise d'effet des garanties.

En cours d'adhésion :

En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel pendant toute la durée de vie de votre adhésion de 1.5 % jusqu'à l'âge de 40 ans, de 2% jusqu'à l'âge de 60 ans et de 3% à partir de 61 ans.

En cas d'ajout d'un nouvel assuré, la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

Votre cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.

Elle peut également évoluer en cas de changement de domicile de l'adhérent dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

Pour la détermination du montant de la cotisation, l'âge de(s) l'assuré(s) retenu est celui établi selon le calcul précisé au Lexique à la définition de « Age »).

→ La variation de vos cotisations

Lors de chaque échéance principale votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés, évoquée ci-dessus :

- évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.
- pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives du contrat.
- pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

→ Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle et payable d'avance à GMC Services.

Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur la demande d'adhésion et le certificat d'adhésion.

→ Le non paiement de vos cotisations

A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle ci dans les 10 jours suivants son échéance, GMC Services pourra, indépendamment de notre droit, poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure.

Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Les coûts d'établissement et d'envoi de la lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du code des assurances).

LA MODIFICATION DE VOS GARANTIES

Vous pourrez modifier vos garanties à chaque échéance principale sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date, et sous réserve de respecter les limites d'âge d'accès aux garanties fixées par la présente notice d'information.

En cas d'augmentation de garantie, les plafonds dentaires de première année du nouveau niveau de garantie sont applicables. De même, les bonus consommation responsable du nouveau niveau de garanties sont applicables.

La souscription de renforts, niveau 1 ou niveau 2, en cours d'adhésion est assujettie à un délai d'attente de 3 mois.

QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

→ Votre garantie santé

Les garanties du contrat *Protection Santé +* interviennent sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé à la demande d'adhésion pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants et participations qui y sont indiqués.

Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.

En tout état de cause, vous ne pourrez percevoir, au titre de votre adhésion au contrat **Protection Santé +**, pour vous-même, ou l'un des membres de votre famille assuré, un remboursement dont le montant, cumulé à ceux perçus par le régime obligatoire et le ou les éventuelles assurances complémentaires, serait supérieur à celui des frais réellement engagés.

L'ensemble des garanties et renforts sont souscrits obligatoirement pour les mêmes niveaux pour tous les membres de la famille.

La justification des frais engagés pour les dépenses garanties s'effectue sur les bases suivantes:

Frais faisant l'objet d'un remboursement par le Régime obligatoire : le montant est celui, tel qu'il figure :

- dans le fichier télétransmis par le centre de traitement à GMC Services (procédure de télétransmission avec votre caisse obligatoire),
- ou sur les originaux de la feuille de soins ou le bordereau de remboursement établi par son centre de traitement,
- et lorsque les frais ont fait l'objet d'une prise en charge par un précédent régime complémentaire, le décompte de remboursement original de ce dernier.

Frais ne faisant l'objet d'un remboursement par le Régime obligatoire : le montant est celui figurant sur les factures des professionnels de santé.

La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond :

- à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui ci);
- aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime obligatoire. En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

Lorsque la prestation garantie est exprimée sous la forme « par an », « par année », ou « forfait annuel » elle s'entend par année d'assurance, selon la définition qui en est précisée au lexique

Nos remboursements viennent en complément de ceux faisant l'objet d'un remboursement du Régime obligatoire de Sécurité sociale de l'assuré (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Tarification à l'Acte (T2A), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

Certains frais non pris en charge par le Régime obligatoire de Sécurité sociale de l'assuré, peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au certificat d'adhésion.

Cas particulier des Praticiens de santé non pris en charge par le RO : Les consultations des praticiens de santé non pris en charge par le régime de base et listés dans le tableau des *garanties* sont pris en charge dans la limite de la prestation maximum par consultation et dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

Cas particulier des prestations non remboursées par le RO : Certains honoraires, médicaments et actes de prévention listés au tableau des garanties, médicalement prescrits et non remboursés par le régime obligatoire de l'assuré peuvent faire l'objet d'une prise en charge à hauteur de 50 % des dépenses réelles dans la limite du montant du forfait annuel précisé dans la formule de garantie souscrite.

Cas particulier de l'allocation naissance ou adoption : Cette prestation est versée dès lors que l'enfant nouveau-né est mentionné comme assuré dans le cadre de l'adhésion du père ou de la mère (l'enfant ne peut, en aucun cas, être rattaché à deux contrats **Protection Santé +**), la demande d'inscription doit être formulée dans les 3 mois qui suivent la naissance ou l'adoption. Au cours de ce délai, si l'adhérent le souhaite, l'adhésion de l'enfant nouveau-né ou adopté peut être réalisée à effet rétroactif, moyennement paiement des cotisations. En cas d'adoption, le jugement du tribunal des affaires familiales ou la copie de décision d'adoption de la DASS notifiant la date d'adoption et mentionnant le nom, prénoms et date de naissance de l'enfant sera exigé. En cas de naissances multiples, l'allocation naissance sera doublée.

Bonus Optique : Si GMC Services n'a effectué à l'assuré aucun remboursement au cours de l'année d'assurances précédente, concernant des frais d'optique, le forfait annuel optique prévu pour l'année en cours sera majoré comme indiqué sur le tableau de garantie au regard de la formule souscrite.

Bonus Honoraires de praticien de santé non remboursés par l'AM : Si GMC Services n'a effectué à l'assuré aucun remboursement au cours de l'année d'assurance précédente, concernant des honoraires de praticiens de santé non remboursés par l'AM, le forfait annuel prévu pour l'année en cours sera majoré (et le montant maximum pris en charge par consultation) comme indiqué sur le tableau de garantie au regard de la formule souscrite.

Limites annuelles de remboursement du poste dentaire : Le remboursement des frais engagés pour les frais dentaires fait l'objet d'une limitation, appréciée par année d'assurance, dont le montant est mentionné dans le tableau des garanties correspondant à la formule de garantie souscrite jointe au certificat d'adhésion de l'adhérent.

Renforts de garanties : Les renforts sont optionnels et souscrits pour une durée minimale de douze mois. Ils comportent deux niveaux de garantie différents (25 et 50) pour permettre à l'adhérent de renforcer les garanties en complément de la formule de base choisie. Les deux niveaux de renfort

ne sont pas cumulables. Les renforts Optique et Dentaire sont indissociables.

Aide Hospitalière : la garantie Aide hospitalière assure le versement d'une allocation quotidienne en cas d'hospitalisation, dans un établissement de soins agréé, lorsque cette hospitalisation, d'une durée minimum de 24 H consécutive est occasionnée par une maladie ou un accident survenant postérieurement au délai d'attente. La garantie est due pour chaque tranche de 24H consécutive d'hospitalisation après une franchise de 3 jours et au maximum pendant 180 jours par an. **La garantie Aide hospitalière cesse de plein droit lorsque l'assuré atteint l'âge de 60 ans.**

Votre garantie Allocation obsèques (à partir de la formule 125)

Cette garantie assure le versement d'une allocation obsèques de 500 Euros prévue en cas de décès d'un assuré avant l'âge de 65 ans. Cette allocation est soumise à un délai d'attente non abrogeable de 6 mois, sauf si le décès survient à la suite d'un accident.

Pour les enfants de moins de 12 ans, conformément à la législation, le montant de l'allocation est limité au montant des frais engagés pour les obsèques.

Rappel : Cette allocation obsèques est prévue uniquement pour les adhésions au contrat *Protection Santé + n° 2570* soit hors Loi Madelin.

Votre garantie Allocation chômage

La garantie intervient lorsque l'adhérent perçoit l'allocation d'aide au retour à l'Emploi (ARE) qui lui est versée par le Pôle Emploi, à la suite d'un licenciement économique exclusivement, survenant après un délai d'attente de 12 mois d'assurance.

La garantie a pour but de prendre en charge 90% de sa cotisation à la présente garantie santé pendant une période de 12 mois avec un maximum forfaitaire de 700 euros, à compter de la date de 1^{ère} indemnisation par le Pôle emploi (Relevé de situation Pôle Emploi faisant foi).

Les services complémentaires proposés

Tiers payant : une carte de tiers payant est délivrée à l'adhérent par GMC Services lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, GMC Services pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés. L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

Les Services d'Assistance: les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance qui les accompagnent en cas de besoin:

- Assistance Santé Vie quotidienne
- Assistance Service à la personne
- Assistance Protection juridique

Les conditions de votre garantie assistance sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

La télétransmission : les assurés relevant du Régime Général, de la RAM et de la GAMEX, peuvent demander à bénéficier de la télétransmission informatique de leurs décomptes de prestation de soins à GMC Services.

Ce service permet à GMC Services d'effectuer le traitement des prestations complémentaires à celles versées par le Régime obligatoire et d'en adresser le règlement à l'adhérent. Les assurés évitent ainsi l'envoi des décomptes

papiers (sous réserve de la présence sur le décompte de la mention « copie transmise pour information à votre organisme complémentaire »). Cette liaison est réalisée pour chacune des personnes assurées, à réception de la copie de l'attestation papier d'assuré social délivrée avec sa carte VITALE. Le dysfonctionnement dans les liaisons avec le centre de gestion du Régime obligatoire de l'assuré peut affecter le bon fonctionnement de service qui ne pourra être attribué à GMC Services, et constituer, pour l'assuré, un motif valable pour formuler une demande de résiliation hors échéance.

COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DE VOS PRESTATIONS

→ Les documents que vous devez transmettre

Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à transmettre à GMC Services sont les suivants :

- **Hospitalisation** : L'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens et des médecins anesthésistes présentant la cotation détaillée des actes.
- **La médecine courante, la pharmacie** : L'original du décompte du régime de base.
- **Le dentaire** : L'original du décompte du régime de base. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée du praticien et acquittée de tous les actes.
- **L'implant dentaire** : l'original de la facture du praticien acquittée relative à la partie chirurgicale de l'implant dentaire.
- **L'optique** : L'original du décompte du régime de base et/ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien, ainsi que la prescription médicale de l'ophtalmologiste pour tout achat de lentilles non remboursables par le RO.
- **Chirurgie réfractive des yeux** : la prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.
- **Appareillage** (prothèse auditive, prothèse orthopédique, gros appareillage) : l'original du décompte du régime de base, ainsi que la facture détaillée acquittée.
- **Ostéopathie et chiropratique** : La note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.
- **Vaccins, pilules et médicaments non remboursés par le RO** : la copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée.
- **Sevrage tabagique** : la prescription médicale ainsi que la facture détaillée et acquittée des substituts nicotiques (patch, pastilles, gommes, comprimés).
- **Forfait annuel cure thermale** : la facture des frais de transports (copie billet de train, avion), et des frais d'hébergement (hôtel, ou locations diverses : camping, gîte, etc.).
- **Allocation naissance** : acte de naissance de nouveau né ainsi que l'attestation papier VITALE notifiant son inscription au Régime obligatoire.
- **Allocation obsèques** : l'original de l'acte de décès, le cas échéant les factures acquittées relatives aux frais d'obsèques, et dans certains cas un acte de notoriété.
- **Allocation Chômage** : L'adhérent en situation de chômage indemnisé par le Pôle Emploi par suite d'un licenciement économique doit transmettre le relevé de situation émanant du Pôle Emploi. Ce relevé de situation constate le nombre de jours indemnisés par le Pôle Emploi au titre de l'Allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE). Le 1er relevé de situation adressé permet de constater le sinistre et de procéder à la première prise en charge de la cotisation santé ; les relevés de situation périodiques suivants permettent de bénéficier de la garantie.

Si l'assuré, préalablement à sa demande de remboursement présentée à GMC Services, a déjà bénéficié d'une prise en charge de ses frais par un premier organisme complémentaire, il devra, en complément des pièces et éléments mentionnés ci-dessus, communiquer le décompte original de ce régime complémentaire.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, GMC Services pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à GMC Services dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

Ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

→ Contrôle des dépenses

GMC Services et l'assureur se réservent la possibilité de demander aux assurés :

- tous renseignements ou documents dont ils jugeraient utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces documents ont un caractère médical, l'assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de GMC Services.
- de se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

→ Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'assuré et nous, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^{ème} médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3^{ème} médecin et des frais de sa nomination.

→ Le paiement des prestations

Les dépenses de santé : A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

L'allocation obsèques : Cette allocation sera versée, en cas de décès de l'assuré avant 65 ans, sur présentation du certificat de décès ou l'émission d'un bon de prise en charge valable auprès de toute entreprise de pompes funèbres. Elle est versée au Conjoint de l'Assuré, à défaut ses Enfants, à défaut ses Parents. Elle peut également être versée à la personne qui a effectué le paiement des frais d'obsèques, sur présentation de la facture acquittée.

Pour les enfants de moins de douze ans, l'indemnisation ci-dessus des frais funéraires sera conditionnée à la présentation de la facture des frais funéraires et sera versée à l'adhérent, même si ces frais ont été acquittés par une tierce personne.

L'allocation chômage :

En cas de sinistre, une allocation égale à 90% du montant de sa cotisation à la présente garantie santé lui est versée. Cette allocation est calculée de la manière suivante :

Montant de la cotisation santé x 90 % x nombre de jours indemnisés*

365

L'allocation est versée à compter de la date de 1^{ère} indemnisation par le Pôle emploi (Relevé de situation Pôle Emploi faisant foi) pendant une période de 12 mois à concurrence de 365 jours indemnisés par la Pôle Emploi*.

En tout état de cause, l'allocation est limitée à 700 Euros par adhérent à compter de la date de la 1^{ère} indemnisation.

* Tels que mentionné sur le relevé de situation délivré par le Pôle Emploi.

RESILIATION

→ L'adhésion peut être résiliée

Par l'adhérent :

- A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale, moyennant un préavis de deux mois au moins (Art. L 113-12 du Code des assurances).

Important : reconduction tacite des contrats : conformément à l'article L113.15.1 du code des assurances, ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Châtel).

- Dans les trois mois suivant le changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité professionnelle de l'adhérent, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation DIRECTE avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation prendra effet un mois après la réception de la demande de résiliation (Art. L 113-16 du Code des assurances).

De plein droit :

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.
- En cas de décès de l'adhérent. S'il n'est pas seul assuré, l'adhésion continuera de produire ses effets à l'égard des autres assurés, à charge pour eux d'exécuter les obligations dont l'adhérent était tenu, jusqu'à l'échéance principale suivante.

Contractuellement :

En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

→ Les modalités de la résiliation

La résiliation par l'adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception et adressée au siège administratif de GMC Services, Département des particuliers, 10 rue Henner 75009 Paris.

La résiliation par l'Assureur sera notifiée par GMC Services à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

Pour toute demande de résiliation, l'assuré sera tenu de restituer à GMC Services l'original de la carte de tiers payant en cours de validité.

→ Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation, de même que pour les événements garantis en cas de décès ou de chômage.

→ Conséquences en cas d'exercice du droit à renoncation.

En cas d'exercice du droit à renoncation, dans le cadre de l'article L 112-9-1 du Code des assurances.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renoncation.

En cas de renoncation l'assureur procèdera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets.

L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si l'adhérent exerce son droit de renoncation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renoncation.

En cas d'exercice du droit à renoncation dans le cadre des articles L 112-9-1 du Code des assurances et L 121.20-8 du Code de la consommation (commercialisation à distance) :

En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Article L114-1 : 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.

Article L114-2 : 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.

Article L114-3 : 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.

SUBROGATION

L'adhérent ou ses ayants droit conservent leur droit de recours contre tout responsable. Toutefois, si l'assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'adhérent dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable (Article L.121.12 du Code des Assurances).

INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite «informatique et libertés», modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès de GMC Services Département des Particuliers 10 rue Henner 75009 Paris.

Les données personnelles recueillies seront utilisées par GMC Services, les assureurs et réassureurs pour :

- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel,
- l'envoi de documents sur les produits proposés par GMC Services. Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus.

L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

LES RECLAMATIONS - LA MEDIATION

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application du contrat, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé à GMC Services Département des Particuliers 10 rue Henner 75009 Paris. Si un différend persistait après la réponse apportée, vous aurez la faculté de demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les coordonnées du Médiateur seront communiquées sur simple demande au siège social de l'assureur : CAMEIC - 25 rue de Madrid, 75008 Paris.

AUTORITE DE TUTELLE

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) 61, rue Taitbout - 75009 Paris.

POSSIBILITE DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de son adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L.112-9 du code des assurances ou par les articles L.112- 2-1 du code des assurances et L.121-20-8 et suivants du code de la consommation. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à GMC Services –10 rue Henner 75009 Paris. Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous. La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la Lettre Recommandée A.R par GMC Services 10 rue Henner 75009 Paris. L'assuré devra joindre à son envoi la carte de tiers payant en cours de validité, si cette dernière est en sa possession à la date de sa demande.

De même il s'engage à la restituer dans les plus prompts délais, si cette dernière lui parvenait ultérieurement.

Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article de la présente notice d'information.

Article L112-9-1 premier alinéa du code des assurances :

«Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (...). Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation»

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L112-2-1 du code des assurances et L121-20-8 et suivants du code de la consommation :

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le certificat d'adhésion) à la demande expresse de l'adhérent.

La cotisation, dont il est redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de son adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et la date de réception de son éventuelle renonciation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,

Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat **Protection Santé +** (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date).

(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

A : (Indiquer le lieu)

Le : (Indiquez la date)

Signature.



Assistance santé

Protection
juridique





IMPORTANT : pour que les prestations garanties soient acquises, GARANTIE ASSISTANCE doit avoir été prévenue (par téléphone, fax) et avoir donné son accord préalable. Vous pouvez joindre GARANTIE ASSISTANCE :

De France Tel : 01 70 36 06 65 Fax : 01 53 21 70 49

De l'étranger Tel : 33 1 70 36 06 65

Synoptique des garanties	IMMOBILISATION OU HOSPITALISATION	ATTEINTE CORPORELLE GRAVE	DECES	IMMOBILISATION HOSPITALISATION D'UN ENFANT DE MOINS DE 16 ANS
ACHEMINEMENT DE MEDICAMENTS (en cas d'immobilisation)	Frais de livraison sont pris en charge par GA, les frais de médicaments sont à votre charge			
ENVOI D'UN MEDECIN (en cas d'immobilisation)	Frais et honoraires à votre charge			
ORGANISATION DE SOINS A DOMICILE	Frais et honoraires à votre charge			
TRANSFERT A L'HOPITAL ET RETOUR AU DOMICILE	Aller-retour en ambulance, VSL ou taxi. Prise en charge en complément des remboursements de la Sécurité Sociale et de la mutuelle			
VOYAGE ET HEBERGEMENT D'UN PROCHE				
transfert d'un proche au chevet	Transfert A/R train ou avion en France			
frais d'hébergement	2 nuits maxi à concurrence de 160 € TTC			2 nuits maxi à concurrence de 160 € TTC
GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS				
garde au domicile	pendant 2 jours maxi à raison de 10 heures par jour + Frais de déplacement de la personne chargée de la garde à hauteur de 150 €		pendant 2 jours maxi à raison de 10 heures par jour + Frais de déplacement de la personne chargée de la garde à hauteur de 150 €	pendant 2 jours maxi à raison de 10 heures par jour + Frais de déplacement de la personne chargée de la garde à hauteur de 150 €
ou, transfert chez un proche	Transfert A/R train ou avion en France		Transfert A/R train ou avion en France	Transfert A/R train ou avion en France
ou, transfert d'un proche au domicile	Transfert A/R train ou avion en France		Transfert A/R train ou avion en France	Transfert A/R train ou avion en France
ou, conduite à l'école	10 allers-retours dans un rayon de 25 km du domicile et dans la limite de 500 €		10 allers-retours dans un rayon de 25 km du domicile et dans la limite de 500 €/événement	10 allers-retours dans un rayon de 25 km du domicile et dans la limite de 500 €/événement
GARDE DES ASCENDANTS				
garde au domicile	pendant 2 jours maxi à raison de 10 heures par jour + frais de déplacement de la personne dans la limite de 150 €			
ou, transfert chez un proche	Transfert A/R train ou avion en France			
ou, transfert d'un proche au domicile	billet A/R train ou avion en			
AIDE MENAGERE	20 heures de travail effectif réparties sur une période de 15 jours consécutifs maximum		20 heures de travail effectif réparties sur une période de 15 jours consécutifs maximum	
ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE		3 entretiens téléphoniques maximum	3 entretiens téléphoniques maximum	
ACCOMPAGNEMENT MEDICO SOCIAL		OUI	OUI	
ASSISTANCE OBSEQUES			Aide à l'organisation. Frais d'obsèques restent à votre	
AVANCE DE FONDS			1000 € maximum	
ECOLE A DOMICILE				A compter du 16 ^e jour consécutif d'absence. Maximum : 10 heures de cours par semaine

	GROSSESSE	ACCOUCHEMENT	DANS LES SIX MOIS SUIVANT L'ACCOUCHEMENT	PROCREATION ASSISTEE OU ADOPTION
ACHEMINEMENT DE MEDICAMENTS	Les frais de livraison sont pris en charge par GA, les frais de médicaments sont à votre charge			
TRANSFERT A LA MATERNITE ET RETOUR		Aller-Retour en ambulance, VSL ou taxi. Prise en charge en complément des remboursements de la Sécurité Sociale et de la mutuelle		
GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS				
garde au domicile	pendant 2 jours maxi à raison de 10 heures par jour + Frais de déplacement de la personne chargée de la garde à hauteur de 150 €	pendant 2 jours maxi à raison de 10 heures par jour + Frais de déplacement de la personne chargée de la garde à hauteur de 150 €	pendant 2 jours maxi à raison de 10 heures par jour + Frais de déplacement de la personne chargée de la garde à hauteur de 150 €	
ou, transfert chez un proche	Transfert A/R train ou avion en France	Transfert A/R train ou avion en France	Transfert A/R train ou avion en France	
ou, transfert d'un proche au domicile	Transfert A/R train ou avion en France	Transfert A/R train ou avion en France	Transfert A/R train ou avion en France	
ou, conduite à l'école	10 allers-retours dans un rayon de 25 km du domicile et dans la limite de 500 €/événement	10 allers-retours dans un rayon de 25 km du domicile et dans la limite de 500 €/événement	10 allers-retours dans un rayon de 25 km du domicile et dans la limite de 500 €/événement	
AIDE MENAGERE	20 heures de travail effectif réparties sur une période de 15 jours consécutifs maximum	20 heures de travail effectif réparties sur une période de 15 jours consécutifs maximum	20 heures de travail effectif réparties sur une période de 15 jours consécutifs maximum	
ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE			3 entretiens téléphoniques maximum	3 entretiens téléphoniques maximum
ACCOMPAGNEMENT MEDICO SOCIAL				OUI
INFORMATION THEMATIQUE SANTE	OUI			
INFORMATION PRATIQUE	OUI		OUI	En cas d'adoption uniquement
ORGANISATION DES DEPLACEMENTS P	Aller-Retour en ambulance, VSL ou taxi. Prise en charge en complément des remboursements de la Sécurité Sociale et de la mutuelle			
PRESENCE D'UN PROCHE AU DOMICILE		Transfert A/R train ou avion en France.	Transfert A/R train ou avion en France.	

DEFINITIONS

ACCIDENT : toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, imprévisible et extérieur au bénéficiaire et indépendante de la volonté de ce dernier.

ASCENDANT DEPENDANT : le père et la mère de l'adhérent (ou son conjoint) dont la perte d'autonomie nécessite la présence de l'adhérent (ou son conjoint) pour l'assister dans l'accomplissement quotidien des actes de la vie courante : toilette, habillage, alimentation, préparation des repas, ménage ou déplacements.

CONJOINT : le conjoint proprement dit de l'adhérent, ou son concubin ou son partenaire lié par Pacte Civil de Solidarité.

DOMICILE : le lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires, situé en France Métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco, mentionné aux dispositions particulières du contrat frais de santé souscrit auprès de GMC Services.

ENFANT : l'enfant de l'adhérent et/ou de son conjoint.

EVENEMENT : selon la garantie sollicitée, la *maladie*, l'*accident*, l'*agression physique*, le décès, la grossesse, l'accouchement ou la maternité.

FRAIS DE SEJOUR : frais d'hôtel petit-déjeuner continental inclus.

FRANCE : France Métropolitaine (Corse incluse), Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion, Mayotte ainsi que Principautés de Monaco et d'Andorre. Pour l'application des garanties Transfert à l'hôpital (ou service maternité) et retour au domicile, voyage et hébergement d'un proche, garde des enfants de moins de 16 ans, garde des ascendants dépendants et présence d'un proche au domicile, on distingue deux zones de résidence :

- **Zone outre marine** : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Mayotte ou Réunion.
- **Zone européenne** : France métropolitaine (Corse incluse) et Principauté de Monaco.

HOSPITALISATION : tout séjour dans un établissement de santé supérieur à 48 heures consécutives (**sauf durée spécifique à une garantie**), effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un *accident* ou d'une *maladie*.

L'établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) doit être habilité(e) à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès de personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.

IMMOBILISATION : toute immobilisation temporaire au *domicile*, supérieure à 5 jours consécutifs, médicalement prescrite, et consécutive à un *accident* ou une *maladie*.

MALADIE : altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale habilitée.

VALIDITE TERRITORIALE

Les garanties d'assistance sont utilisables au domicile du bénéficiaire en France Métropolitaine (Corse incluse), Guadeloupe, Martinique, Guyane, Mayotte et Réunion ainsi que Principauté de Monaco.

S'agissant des garanties Transfert à l'hôpital (ou service maternité) et retour au domicile, voyage et hébergement d'un proche, garde des enfants de moins de 16 ans, garde des ascendants dépendants et présence d'un proche au domicile, la totalité de la prestation d'assistance (point de départ et d'arrivée du transfert, de l'acheminement ou du transport) est fournie au sein de la zone de résidence du bénéficiaire (cf. définition de la France au paragraphe précédent).

NECESSITE DE L'APPEL PREALABLE

Pour que les prestations d'assistance soient acquises, G.A doit avoir été prévenue au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de G.A.

Pour toute demande d'assistance, le bénéficiaire (ou toute autre personne agissant en son nom) doit :

- contacter G.A sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant),
- fournir les renseignements suivants :
 - le numéro du contrat d'assurance ou d'adhésion,
 - son nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté,
 - la nature des difficultés motivant l'appel,
 - les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le bénéficiaire, afin que G.A puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, préparer le rapatriement et l'admission de la victime dans un établissement hospitalier ou une clinique choisie par les médecins ou par le patient (avec l'accord de ces derniers).

ENGAGEMENTS FINANCIERS

Sans préjudice des règles exposées ci-dessus, toute demande de remboursement adressée par le bénéficiaire à G.A devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande.

En cas de prise en charge des frais de séjour à l'hôtel, **G.A ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués, et à l'exclusion de tout autre frais.**

→ Avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, G.A peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

→ Conditions préalables au versement de l'avance par G.A :

À titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire de l'avance consentie, **G.A adressera un certificat d'engagement au bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à G.A. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par G.A.**

Le bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à G.A. un chèque certifié ou un chèque de banque.

→ Délai de remboursement de l'avance à G.A :

Le bénéficiaire s'engage à rembourser à G.A la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance. A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et G.A pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

Dans tous les cas, **la nature de l'assistance et le choix des moyens** à mettre en œuvre pour répondre à la demande du bénéficiaire **relèvent de la décision du médecin de G.A** qui recueille, si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations ainsi que le nombre d'heures mentionnés dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

Afin de permettre au médecin de G.A de prendre sa décision, il pourra être demandé au bénéficiaire de fournir tout justificatif médical de l'événement soudain et imprévisible qui conduit le bénéficiaire à solliciter son assistance.

Le cas échéant, G.A recommande au bénéficiaire d'adresser ces documents sous pli confidentiel à l'attention du service médical de GARANTIE ASSISTANCE.

G.A ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

EXCLUSIONS

G.A ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais de transport primaire engagés.

G.A ne garantit pas les événements suivants et leurs conséquences :

- les hospitalisations répétitives pour une même cause,
- les hospitalisations de long séjour ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les maladies mentales ;
- les états de grossesse (sauf pour les garanties spécifiques) ;
- les accouchements (sauf pour les garanties spécifiques) ;
- les états pathologiques faisant suite à une Interruption volontaire de Grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée ;
- toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique notamment) ;
- les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile ;
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ;
- les conséquences d'un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique tel que visé à l'article R.234-1 du Code de la route ;
- les conséquences d'un conflit armé (guerre étrangère ou civile), d'une émeute,
- les conséquences de la participation volontaire du bénéficiaire à un acte de terrorisme ou de sabotage, un crime un délit, une rixe, un pari ou un défi.
- les accidents et décès survenus du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires.

PRESTATIONS GARANTIES

→ Assistance information

INFO SANTE est un service d'informations générales animé par les médecins de G.A et destiné à répondre à toute question de nature médicale, dans les domaines suivants :

Information d'ordre général : la santé, les vaccinations, la mise en forme, la diététique.

Information spécifique : en cas de maladie, les pathologies type Parkinson, Alzheimer, SIDA, allergies par exemple : traitements et conséquences, évolution de la maladie, risque de transmission génétique, risque de contagion pour l'entourage.

Information accessible en cas de Grossesse :

- la santé de la femme enceinte,
- la nutrition,
- l'accouchement
- les risques liés à certaines activités

- le bébé
- le calendrier vaccinal

Information pratique pendant la grossesse et dans les six premiers mois suivant l'accouchement :

- Les modes de garde,
- Les maternités et leur classification,
- Les démarches administratives durant la grossesse et après l'accouchement,
- La déclaration de la naissance.
- le congé parental,
- la déclaration de la naissance,
- les incidences fiscales de l'arrivée du nouveau né.

Information pratique dans le cadre d'un projet de procréation médicalement assistée ou un projet d'adoption :

- les démarches à accomplir pour une assistance à la procréation médicalement assistée,
- les techniques,
- l'orientation dans le système de soins,
- la terminologie médicale,
- les démarches à accomplir pour une adoption,
- la législation,
- les agréments,
- l'adoption internationale.

Les **prestations d'information « Santé »** ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer la consultation du médecin traitant. Cette assistance téléphonique est accessible, du lundi au samedi de 9H à 19H, sur simple appel du bénéficiaire. Les informations qui sont données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

En cas d'urgence médicale, le bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

Les **prestations d'information juridique** n'ont pas vocation à remplacer une consultation et, de ce fait, relèvent du champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971.

La responsabilité de G.A ne pourra être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte par le bénéficiaire du ou des renseignements qui lui ont été communiqué(s).

→ Autres garanties (cf tableau synoptique des garanties)



Le bénéficiaire peut solliciter GARANTIE ASSISTANCE au titre de la Protection Juridique Santé en cas de litige l'opposant à un Tiers (professionnel de santé, établissement de soins ou organisme de base de la Sécurité Sociale), ayant pour cause directe et exclusive l'un des événements visés aux paragraphes ci-dessous.

Pour l'application des garanties de Protection Juridique Santé, on entend par :

CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes (provoquées par un acte médical ou un médicament même en l'absence de faute d'un professionnel) et aux infections nosocomiales (contractées lors d'un séjour en établissement de santé ou en cabinet médical) ainsi que les autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes producteurs de produits de santé.

PROFESSIONNEL DE SANTE : médecin, chirurgien, sage-femme, dentiste, ostéopathe, chiropracteur, pharmacien et préparateur en pharmacie, auxiliaires médicaux, infirmier, masseur kinésithérapeute, électrocardiologue ou diététicien ;

TIERS (ou adversaire) : Il s'agit de la personne physique ou morale à laquelle le bénéficiaire est opposé dans le cadre du litige et qui n'a pas la qualité de bénéficiaire au titre de ce contrat. GARANTIE ASSISTANCE, son gestionnaire et GMC SERVICES n'ont pas la qualité de tiers dans ce contrat.

LITIGE (ou sinistre) : Situation conflictuelle causée par un événement préjudiciable opposant le bénéficiaire à un (des) tiers (professionnel de santé ou établissement de soins, organisme de Sécurité sociale) ayant pour conséquence directe et exclusive l'un des événements visés au paragraphe « LITIGES GARANTIS » et conduisant le bénéficiaire à faire valoir un droit contesté.

La garantie de G.A. s'exerce dans le cadre de tout litige visé au paragraphe suivant et relevant de la **compétence territoriale des juridictions françaises**.

- un désaccord lié à l'état ou au taux d'invalidité ou d'incapacité, et à l'appréciation de l'état d'inaptitude à l'égard des avantages de vieillesse.

MONTANTS GARANTIS

Attention : la prise en charge maximale de G.A. est limitée à **20.000 €** par litige quel que soit le stade des démarches (amicales ou contentieuses) ou de la procédure (première instance, appel, cassation, etc.) et le nombre d'adversaires mis en cause par le bénéficiaire dans le cadre de ce litige, étant précisé que :

SEUIL D'INTERVENTION : G.A. intervient dès lors que l'intérêt du litige opposant le bénéficiaire à son (ses) adversaire(s) s'élève au minimum à :

- **200 € TTC pour une procédure amiable ;**
- **500 € TTC pour une procédure judiciaire ;**

PROCEDURE AMIABLE : la prise en charge par G.A. des frais d'honoraires, d'actes et de procédure engagés dans le cadre d'un litige garanti est limitée à 765 € par litige et ne peut pas dépasser les plafonds de garantie suivants :

Prestations garanties dans le cadre d'une procédure amiable	Prise en charge (TTC) maximum par litige
Assistance de l'adhérent pour la constitution du dossier, l'élaboration de l'argumentation et la discussion avec l'adversaire.	350 €
Tierce Personne	350 €
Consultation d'un expert	350 €
Expertise amiable	500 €
Etablissement d'une transaction	500 €
Expertise préalable à la saisine de la CRCI	500 €
Constat d'huissier	350 €
Médiation pénale	500 €
Recours amiable auprès de l'organisme de Sécurité Sociale	500 €

LITIGES GARANTIS

LITIGES MEDICAUX

G.A. intervient en cas de litige opposant le bénéficiaire à un professionnel de santé ou un établissement de santé (privé ou public), consécutif à :

- un accident médical survenu à l'occasion d'un acte médical de prévention, de diagnostic ou de soins,
- une affection iatrogène ou une infection nosocomiale survenue à l'occasion d'un acte médical de prévention, de diagnostic ou de soins,
- un refus de communication du dossier médical ou une information médicale insuffisante,
- une erreur médicale fautive,
- un recours à des produits défectueux.

LITIGES OPPOSANT LE BENEFICIAIRE A UN ORGANISME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE POUR LES BRANCHES ASSURANCE MALADIE ET VIEILLESSE

G.A. intervient en cas de litige opposant le bénéficiaire à un organisme de sécurité sociale d'assurance maladie, vieillesse ou prévoyance, relatif à :

- un refus de remboursement de prestations de santé ;
- un refus de remboursement de soins médicalement prescrits ou un refus d'entente préalable ;
- un désaccord sur le calcul de la pension de retraite ;

PROCEDURE CONTENTIEUSE : la prise en charge par G.A. des frais d'honoraires, d'actes et de procédure engagés dans le cadre d'un litige garanti intervient dans les limites suivantes :

Prestations garanties dans le cadre d'une procédure contentieuse	Prise en charge (TTC) maximum par litige
Assistance de l'adhérent pour la constitution du dossier, l'élaboration de l'argumentation et la discussion avec l'adversaire.	350 €
Tierce Personne	350 €
Expertise Judiciaire	2 300 €
Etablissement d'une transaction	500 €
Constat d'huissier	350 €
Requête en Injonction de faire ou de Payer	500 €
Procédure d'urgence (référé)	600 €
Référé expertise – Référé provision	750 €
Tribunal d'Instance	750 €

Ordonnance du Juge de la Mise en Etat	500 €
Tribunal de Grande Instance	1 000 €
Tribunal Administratif	1 000 €
Tribunal des Affaires de Sécurité sociale	750 €
Tribunal du Contentieux de l'Incapacité	1 000 €
Tribunal de Police (avec ou sans constitution de Partie Civile)	1 000 €
Tribunal Correctionnel (avec ou sans constitution de Partie Civile)	1 000 €
Autres juridictions ou commissions	750 €
Procédure d'Appel	1 000 €
Pourvoi en Cassation	1 850 €
Pourvoi devant le Conseil d'Etat	1 700 €
Voies d'exécution d'une décision	600 €

CONTENU DES GARANTIES

Dans le cadre d'un litige garanti et dans les limites mentionnées au paragraphe « MONTANTS GARANTIS » ci-dessus, G.A. et son gestionnaire lui fournissent avis et conseil, assistance (ou représentation) du bénéficiaire dans ses démarches amiables si nécessaire, orientation vers tout expert et prise en charge de ses honoraires et en cas d'échec de la voie amiable préalable, représentation des intérêts du bénéficiaire par un avocat devant la juridiction compétente.

MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE

→ Déclaration

Le bénéficiaire doit déclarer à Garantie Assistance, 38 rue de la Bruyère, 75009 PARIS tout sinistre susceptible d'ouvrir droit à garantie dans un délai de 60 jours de sa connaissance et pendant la période contractuelle, sauf cas fortuit ou de force majeure et, en tout état de cause avant toute initiative de sa part.

A défaut, il sera déchu de son droit à garantie, sous réserve pour l'assureur d'établir qu'il a subi un préjudice du fait de ce retard conformément à l'article L. 113-2 4° du Code des assurances.

L'accompagnement est déclenché par l'appel téléphonique du bénéficiaire auprès de la plateforme constituée à cet effet au 01.70.36.06.65. La demande du bénéficiaire est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué.

Le bénéficiaire est tenu de communiquer au médecin en charge du dossier toutes les pièces s'y rapportant.

→ Engagement financier

Pour la mise en œuvre des prestations garanties G.A. doit avoir été prévenue (téléphone ou fax) et avoir donné son accord préalable.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage d'une prestation garantie sans l'accord de G.A. ne sera pas prise en charge, sauf si les moyens engagés sans accord préalable étaient justifiés par l'urgence.

→ Gestion du dossier

L'assureur confie la gestion du dossier du bénéficiaire, sans préjudice des dispositions de l'article L127-3 alinéa 2 du Code des Assurances, à son gestionnaire du dossier : GIE CIVIS 90, avenue de Flandre, 75019 PARIS.

→ Choix de l'avocat

Conformément à l'article L.127.3 du Code des Assurances, G.A s'engage à respecter le principe du libre choix de l'avocat auquel le bénéficiaire souhaite confier la défense de ses intérêts.

Le bénéficiaire pourra demander à GA de lui communiquer les coordonnées d'un avocat.

→ Direction du procès

En cas de procédure contentieuse, le bénéficiaire a la direction du procès.

G.A et son gestionnaire demeurent à sa disposition pour fournir l'une des prestations prévues au contrat.

En cas de désaccord de G.A. notamment sur les choix procéduraux retenus par le bénéficiaire, il sera fait application des règles exposées au paragraphe « Résolution de conflits ».

→ Remboursement des frais & honoraires

Lorsque le bénéficiaire a engagé des frais et honoraires garantis dans le cadre d'un litige, G.A. s'engage à les lui rembourser dans les meilleurs délais dès réception des justificatifs correspondants.

Si le bénéficiaire a consenti une délégation d'honoraires à l'avocat en charge de la représentation de ses intérêts, GA s'engage à régler à cet avocat toute note de frais et honoraires dans les limites prévues au paragraphe « Montants garantis ».

S'agissant des frais et honoraires (dépens et frais irrépétibles de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, de l'article 475-1 du Code Procédure Pénale ou de l'article L.761-1 du Code de Justice Administrative) engagés par le bénéficiaire et GA dans le cadre du litige et dont le remboursement est fixé par accord amiable ou décision de justice, la somme sera répartie comme suit :

- le bénéficiaire percevra la part des sommes allouées à ce titre nécessaire à la couverture des dépenses effectivement demeurées à sa charge définitive ;
- au-delà, G.A sera subrogée dans ses droits et actions à concurrence des dépenses de cette nature engagées par elle.

→ Résolution de conflits

Conformément à l'article L.127-4 du Code des assurances, en cas de désaccord entre G.A. et le bénéficiaire au sujet de mesures à prendre pour régler un différend, deux options s'offrent au bénéficiaire :

- Soit, le bénéficiaire désigne une tierce personne de son choix : nécessairement habilitée à donner des conseils juridiques, cette tierce personne aura pour mission de proposer les mesures à prendre pour régler le différend soumis à son appréciation. GA s'engage à accepter la solution formulée par cette tierce personne pour régler le litige. Les frais exposés dans le cadre du recours à la tierce personne sont à la charge de G.A. dans la limite prévue au paragraphe « Montants garantis ».
- Soit, le bénéficiaire engage à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par l'assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, G.A. l'indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite du montant de la garantie. Lorsque la procédure visée au premier alinéa de cet article est mise en œuvre, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie d'assurance et que le bénéficiaire est susceptible d'engager en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur.

EXCLUSIONS

Sont exclus de la présente garantie :

- les litiges nés en dehors de la période couverte par le présent contrat,
- les litiges dont le fait générateur était connu du bénéficiaire à la date d'adhésion et qui présentait à cette même date une forte probabilité de survenance ;
- les litiges survenus en raison de la faute intentionnelle ou de l'acte frauduleux du bénéficiaire,
- les litiges survenus en raison de la complicité du bénéficiaire à un acte frauduleux.
- Les litiges non visés aux paragraphes « litiges » (contentieux pénal, commercial, fiscal, immobilier par exemple).
- les éventuelles condamnations au titre des procédures non contentieuses engagées,
- les litiges ayant pour origine une atteinte aux biens du bénéficiaire,
- les litiges ayant pour origine une catastrophe naturelle,
- les litiges ayant pour origine une guerre civile ou étrangère, une émeute, un mouvement populaire, une manifestation, un attentat, un acte de vandalisme, de sabotage ou de terrorisme ;
- les litiges impliquant la mise en cause de la responsabilité civile professionnelle du bénéficiaire ;
- les litiges consécutifs à un accident de la circulation au sens de la loi du 10 juillet 1985 ;
- les litiges consécutifs à l'usage par le bénéficiaire de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ;
- les litiges ayant trait à l'indemnisation d'un risque sériel tel que l'hépatite C, la transfusion sanguine ;
- les litiges consécutifs à un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique ;
- les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes, ou à leurs essais préparatoires ;
- les litiges résultant d'un abus de droit du bénéficiaire ou les procédures ayant un caractère dilatoire ;
- Les amendes et sommes de toute nature que le bénéficiaire serait condamné à payer à un tiers ;
- Les frais irrépétibles et dépens du (des) adversaires qui sont mis à la charge du bénéficiaire par décision administrative ou judiciaire ou dans le cadre d'une transaction (ou tout accord amiable équivalent) ;
- Les honoraires de résultat.

PAIEMENT DES INDEMNITES

Les indemnités obtenues par le bénéficiaire en réparation du préjudice objet du litige lui sont directement versées (ou versées à son représentant légal le cas échéant).

S'agissant des frais et honoraires (dépenses et frais irrépétibles de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, de l'article 475-1 du Code Procédure Pénale ou de l'article L.761-1 du Code de Justice Administrative) engagés par le bénéficiaire et GA dans le cadre du litige et dont le remboursement est fixé par décision de justice, la somme sera répartie comme indiqué au paragraphe « remboursement des frais et honoraires ».



Dispositions communes à l'Assistance et à la Protection juridique

PRISE D'EFFET

Les garanties exposées de l'Assistance et de la Protection juridique suivent le sort du contrat complémentaire santé individuel souscrit par l'intermédiaire de GMC Services (prise d'effet, durée, suspension et résiliation).

Les prestations sont acquises pour des événements garantis survenus au plus tôt à la date de la prise d'effet des présentes conditions générales.

BENEFICIAIRES

Ont la qualité de bénéficiaires :

- L'adhérent,
- Son conjoint,
- leurs enfants âgés de moins de 18 ans (sauf précision contraire).

Les bénéficiaires doivent vivre sous le même toit et leur domicile fiscal doit être situé en France métropolitaine (Corse incluse), Guadeloupe, Martinique, Guyane, Mayotte et Réunion, ainsi que Principauté de Monaco et portés sur le bulletin d'adhésion.

PRESCRIPTION

Il y a prescription lorsqu'un droit n'a pas été exercé dans le délai fixé par la loi.

Le délai de prescription de toute action dérivant d'une adhésion aux présentes conditions générales d'assistance est de deux ans à compter du jour de l'événement qui lui a donné naissance (Articles L. 114-1 et 2 du Code des Assurances).

Toutefois, dans certaines situations la date de début de ce délai de prescription pourra être reconsidéré, et notamment dans le cas où le bénéficiaire prouve qu'il n'avait pas connaissance du sinistre.

Elle est par ailleurs interrompue dans les cas de citation en justice, commandement ou saisie, la désignation d'expert à la suite d'un sinistre, ou l'envoi d'un courrier recommandé pour le défaut de paiement des cotisations, ou le règlement des prestations d'assistance.

SUBROGATION

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge GARANTIE ASSISTANCE dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

LOI APPLICABLE

Les présentes conditions générales sont soumises à la loi française.

Toute action dérivant des conditions générales sera portée devant le Tribunal dans le ressort duquel l'adhérent a son domicile.

CONTROLE

GARANTIE ASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel située 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire avant l'adhésion aux présentes conditions générales puis lors d'une demande de prestation font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant au contrat, le bénéficiaire consent à ce traitement informatique.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à GARANTIE ASSISTANCE – Service Juridique, 38 rue La Bruyère à PARIS (75009). Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

RECLAMATIONS

Toute réclamation portant sur la qualité ou les délais de traitement par G.A de la demande d'assistance ou de protection juridique doit être formulée par écrit et adressée à l'adresse suivante : GARANTIE ASSISTANCE - Service Réclamations, 38 rue La Bruyère, 75009 PARIS. Une réponse sera adressée dans un délai de quinze jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

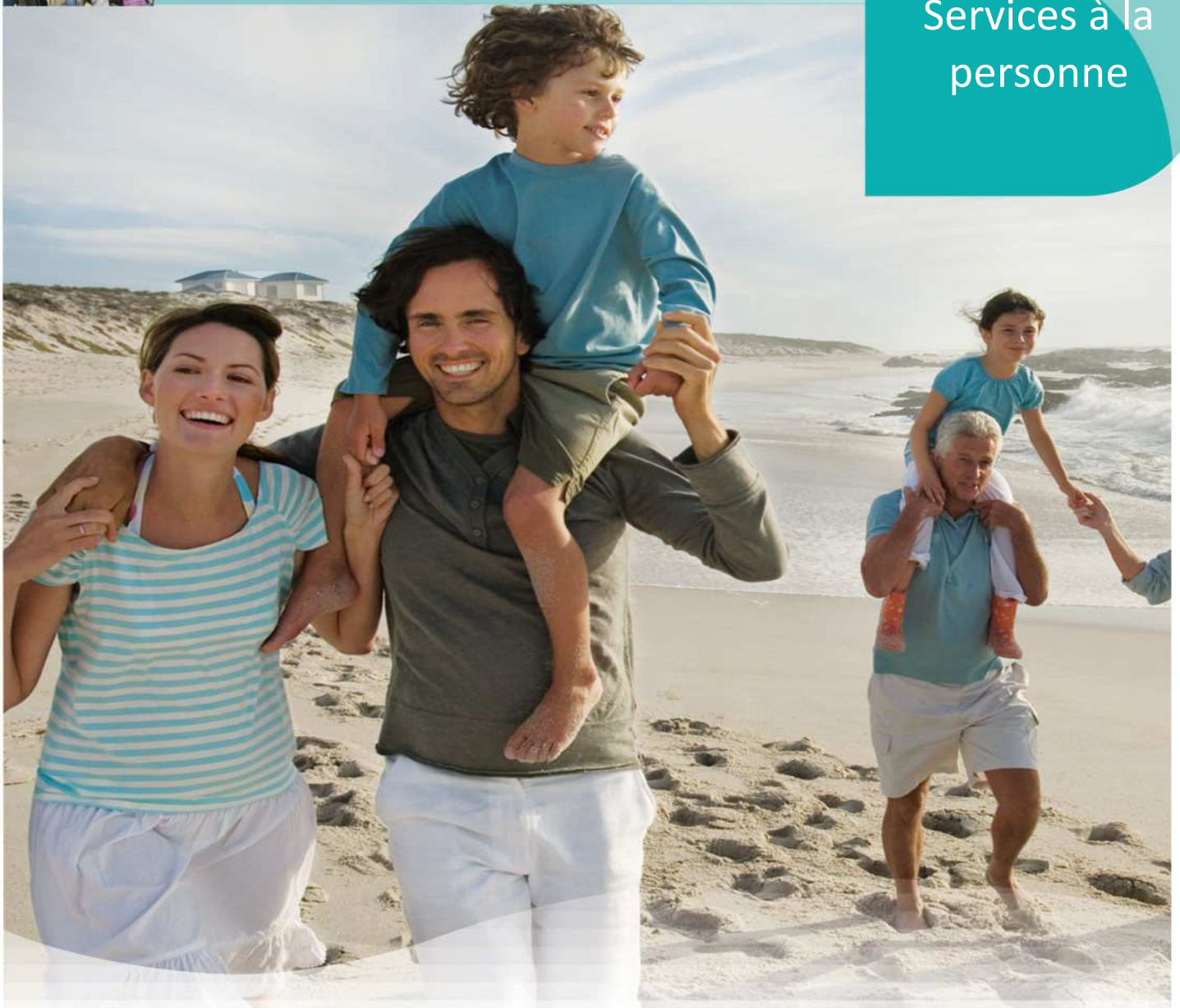
EXONERATION DE RESPONSABILITE

G.A est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties. Toutefois :

- la responsabilité de G.A est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment, aux délais et/ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports...) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et/ou au transport des personnes ou des biens sur un territoire ou entre deux états donnés.
- la responsabilité de G.A ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif(ve) à l'insuffisance des disponibilités locales.
- G.A ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :
 - soit, de cas de force majeure
 - soit, d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves,
 - soit, des saisies ou contraintes par la force publique,
 - soit, des interdictions officielles,
 - soit, des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats
 - soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
 - soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.



Services à la personne





BENEFICIAIRES

Dès lors qu'ils sont assurés au titre d'un contrat complémentaire santé individuel souscrit auprès de GMC Services et que leur *domicile* fiscal est situé en France Métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco, ont la qualité de bénéficiaires des garanties d'assistance :

- l'assuré ou l'adhérent (ci-après « l'assuré ») au contrat,
- son *conjoint*, proprement dit, ou son concubin ou son partenaire lié par Pacte Civil de Solidarité.
- ses *enfants*.

→ Validité territoriale

Les prestations de services à la personne sont fournies en France Métropolitaine, Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Principauté de Monaco.

→ Prise d'effet – durée

Les bénéficiaires visés ci-dessus peuvent solliciter les services de DOMICAL et des organismes référencés dans son réseau pendant la durée de validité de leur contrat complémentaire santé.

→ Définitions

Pour l'application des présentes Conditions Générales, on entend par :

DOMICILE : le lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires, situé en France Métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco

INTERVENANT : la personne physique chargée par l'organisme agréé de fournir la prestation au profit du bénéficiaire.

MODE MANDATAIRE : mode par lequel l'organisme missionné par DOMICAL propose au bénéficiaire le recrutement de travailleurs. Le bénéficiaire conserve, comme dans la modalité d'emploi direct, une responsabilité pleine et entière d'employeur.

La personne mandataire peut toutefois accomplir, pour le compte du bénéficiaire employeur, la sélection et la présentation des candidats, les formalités administratives et les déclarations sociales et fiscales liées à l'emploi de salariés. Le bénéficiaire verse à l'organisme mandataire une contribution représentative des frais de gestion supportés par ce dernier.

MODE PRESTATAIRE : mode par lequel l'organisme missionné par DOMICAL est l'employeur de l'intervenant qui réalise la prestation au profit du bénéficiaire : l'intervenant agit sous la responsabilité et sous l'autorité hiérarchique de cet organisme. A ce titre, l'organisme prestataire choisit le ou les salariés qui vont intervenir, élabore le planning des interventions, assure la continuité du service.

L'organisme prestataire fournit et facture une prestation au bénéficiaire du service.

MODE EMPLOI DIRECT : l'emploi direct lie directement le salarié intervenant et le particulier bénéficiaire du service.

ORGANISME : l'association ou l'entreprise de Services à la Personne, titulaire d'un agrément délivré par la Préfecture du département dans lequel elle exerce son activité. Le réseau de DOMICAL est exclusivement constitué d'organismes agréés.

PERSONNES DEPENDANTES : les personnes qui sont, momentanément ou durablement, atteintes de pathologies chroniques invalidantes ou présentant une affection les empêchant d'accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne.

PERSONNE HANDICAPEE : toute personne présentant un handicap au sens de l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles. Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly-handicap ou d'un trouble de santé invalidant.

CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS DE SERVICES A LA PERSONNE

→ Accès à la plateforme de DOMICAL

Les bénéficiaires peuvent accéder à la plateforme de DOMICAL 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 au numéro suivant : **01.70.36.06.73**.

→ Prestations de DOMICAL

Le bénéficiaire peut, selon son besoin, solliciter DOMICAL pour la fourniture des prestations suivantes :

- sur simple appel téléphonique, DOMICAL communique les coordonnées des organismes (association ou entreprise) agréés les plus proches du domicile du bénéficiaire dispensant les services à la Personne détaillés à la page « les services à la personne pour tous » ;
- si le bénéficiaire souhaite être conseillé, un correspondant spécialisé de DOMICAL accessible du lundi au samedi de 9h à 19h (hors jours fériés) identifie avec lui les services dont il a besoin, la nature des tâches à fournir et le planning souhaité (fréquence d'intervention et créneaux horaires). Une fois les besoins définis, DOMICAL s'engage à :
 - interroger les organismes de son réseau susceptibles de fournir les prestations correspondantes au bénéficiaire ;
 - coordonner la mise en œuvre de la (ou des) prestation(s) de service sollicitée(s) dans les 48 heures ouvrées suivant l'appel du bénéficiaire.
 - en dehors des jours et horaires précisés ci-dessus : la demande du bénéficiaire est enregistrée par DOMICAL, un correspondant spécialisé se charge alors de rappeler le bénéficiaire afin d'analyser ses besoins.

Dans ce cadre, DOMICAL met tout en œuvre pour assurer la prise en compte de la demande et, le cas échéant, la mise en œuvre de la (ou des) prestation(s) de service sollicitée(s) dans le respect des critères de qualité définis à l'article « Engagements qualité de DOMICAL ».

Dans tous les cas, DOMICAL est tenue d'une obligation de moyens et sa responsabilité ne pourra pas être recherchée en cas d'indisponibilité des organismes et, d'une manière générale, des cas de force majeure rendant impossible l'exécution des prestations commandées.

DOMICAL s'engage alors à informer le bénéficiaire de cette indisponibilité et à proposer des solutions alternatives.

La responsabilité de DOMICAL ne peut être engagée en cas d'utilisation du service par le bénéficiaire dans un cadre différent de celui défini.

→ Engagements qualité de DOMICAL

- Assurer 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 un accueil téléphonique personnalisé, une écoute attentive des besoins exprimés par le bénéficiaire ;
- Proposer des solutions individualisées, les plus adaptées aux besoins exprimés et garantir une qualité de service optimale ;

- Recourir exclusivement à des prestataires agréés par l'Etat et référencés par DOMICAL ;
- Garantir la fiabilité du réseau (exactitude des coordonnées, professionnalisme des intervenants, probité des prestataires...);
- Favoriser la modération tarifaire au profit des bénéficiaires ;
- Garantir les meilleurs délais de traitement des demandes ;
- Missionner exclusivement des prestataires respectueux de l'intégrité du domicile et de la confidentialité de la vie privée ;
- Se positionner comme médiateur en cas de désaccord éventuel entre le prestataire et le bénéficiaire ;
- Garantir l'éligibilité des prestations fournies aux avantages fiscaux (*)
- Mesurer la satisfaction du bénéficiaire et mettre en place un contrôle Qualité

(*) dans la limite de la législation fiscale en vigueur.

ENGAGEMENTS FINANCIERS

→ La commande

La commande est effective dès lors que le bénéficiaire accepte le contenu de la prestation (délai, fréquence, horaires d'intervention, prix des prestations) proposé par l'organisme choisi. Si le bénéficiaire le demande ou si le prix mensuel de la prestation est égal ou supérieur à 100 € TTC, l'organisme établit un devis gratuit qui mentionne les prestations, services, tâches qui seront réalisées et feront l'objet d'une facturation ultérieure.

→ Le paiement des prestations

Quelle que soit la prestation mise en œuvre, le paiement est à la charge du bénéficiaire.

Les prix des prestations de services sont fixés librement dans le cadre d'un contrat conclu entre l'organisme et le bénéficiaire. Les prix des contrats déjà conclus varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé par un arrêté annuel du Ministre de l'économie et des finances, compte tenu de l'évolution des salaires et du coût des services (conformément à l'article L. 347-1 du code de l'action sociale et des familles).

Les prestations sont effectuées par des organismes agréés assujettis à la T.V.A au taux réduit de 5,5 % (**article 279-i du code général des impôts**). Ce taux réduit s'applique indépendamment des plafonds de dépenses mentionnés au paragraphe « Engagements financiers ».

L'organisme adresse une facture au bénéficiaire (précisant le nom et l'adresse de l'organisme, la nature exacte des services fournis, le montant des sommes effectivement dues au titre de la prestation de service, le taux horaire toutes taxes comprises ou, le cas échéant, le prix forfaitaire de la prestation, la durée horaire de l'intervention, le montant toutes taxes comprises, le cas échéant, les frais de déplacement).

→ Le régime fiscal des dépenses effectives du bénéficiaire liées aux prestations décrites à la page « les services à la personne pour tous »;

Les prestations fournies par les organismes sont éligibles à la réduction ou au crédit d'impôt sur le revenu prévu à l'article 199 sexdecies du Code Général des Impôts.

L'avantage fiscal est calculé sur la base des dépenses effectivement supportées par le bénéficiaire au cours d'une année civile, étant précisé que l'aide financière mentionnée à l'article L. 129-13 du code du travail (exonérée en application du 37° de l'article 81 du Code Général des Impôts), n'est pas prise en compte pour le calcul des dépenses effectivement supportées.

RECLAMATIONS

Toute réclamation éventuelle doit être formulée par écrit par le bénéficiaire et adressée au Service Réclamations de DOMICAL 38 rue La Bruyère, 75009 PARIS.

LITIGES

Tout litige né à l'occasion de l'interprétation ou de l'exécution du Contrat sont régies par le Droit français et relèvera des tribunaux français compétents.

LES SERVICES A LA PERSONNE ACCESSIBLE VIA DOMICAL

CESU : toutes les prestations décrites ci-dessous peuvent être fournies par le réseau d'organismes sélectionnés par DOMICAL et sont payables en chèques CESU, CESU pré-financés ou tout autre moyen de paiement. Toutefois, DOMICAL recommande au bénéficiaire de vérifier, avant toute commande de services, que les CESU pré-financés qu'il détient peuvent régler l'ensemble des services sans restriction.



→ SERVICES A LA PERSONNE POUR TOUS

- Femme de menage, Aide Ménagère :
- Collecte et livraison à domicile de linge repassé
- Livraison de repas à domicile
- Préparation de repas à domicile
- Assistance informatique et internet : initiation et formation ⁽¹⁾
- Livraison de courses à domicile
- Petits travaux de jardinage y compris les travaux de débroussaillage ⁽²⁾
- Petit bricolage ⁽³⁾
- Cours à domicile
- Assistance administrative
- Surveillance temporaire au domicile, de la résidence principale et secondaire.

⁽¹⁾ ASSISTANCE INFORMATIQUE ET INTERNET : le montant de l'assistance informatique et internet à domicile pouvant bénéficier de la réduction ou du crédit d'impôt sur le revenu est plafonné à 1 000 € par an et par foyer fiscal ;

⁽²⁾ PETITS TRAVAUX DE JARDINAGE Y COMPRIS TRAVAUX DEDEBROUSSAILLAGE : le montant des interventions pouvant bénéficier de la réduction ou du crédit d'impôt sur le revenu est plafonné à 3 000 € par an et par foyer fiscal ;

⁽³⁾ PETIT BRICOLAGE : le montant total des prestations pouvant bénéficier de la réduction ou du crédit d'impôt sur le revenu est plafonné à 500 € par an et par foyer fiscal.

→ LES SERVICES A LA PERSONNE POUR LES ENFANTS

- Garde d'enfant à domicile
- Soutien scolaire à un enfant
- Accompagnement des enfants dans leurs déplacements en dehors de leur domicile

→ LES SERVICES A LA PERSONNE POUR LES PERSONNES AGEES, DEPENDANTES OU HANDICAPEES

- Accompagnement et assistance
- Assistance aux personnes handicapées
- Garde malade
- Aide à la mobilité et transports de personnes ayant des difficultés de déplacement
- Conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile au travail, sur le lieux de vacances, pour les démarches administratives
- Accompagnement des personnes âgées ou handicapées dans leurs déplacements en dehors de leur domicile
- Soins et promenades des animaux de compagnie, pour les personnes dépendantes
- Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes

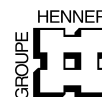
Les conversations téléphoniques avec nos services de gestion peuvent être enregistrées aux fins d'amélioration de la qualité de nos services.

Ces enregistrements ne sont pas destinés à être conservés au-delà d'une journée.

Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de GMC Services. Le droit d'accès et de rectification peut être exécuté au 10, rue Henner, 75009 Paris (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978).



Une société du GROUPE HENNER-GMC



SAS de gestion et de courtage d'assurance
Capital de 5 750 000 € - RCS PARIS B 323377339
Siège social : 10 rue Henner, 75009 Paris
ORIAS n° 07002039



GMC Services certifié ISO 9001 : 2008 par BVQI France.