

NOTICE D'INFORMATION

DU CONTRAT COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE
SOUSCRIT AUPRES DE KLESIA Prévoyance
INSTITUTION DE PREVOYANCE REGIE PAR LE CODE DE LA
SECURITE SOCIALE

PAR LA S.A. SOPRA BANKING SOFTWARE

POUR L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

L'objectif de cette notice est de vous informer des garanties « santé » dont vous bénéficiez auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale.

Ce document, qui vous est remis par votre employeur, constitue un résumé des dispositions contractuelles organisant les rapports entre votre employeur, vous-même et KLESIA Prévoyance.

Cette notice reprend les dispositions des garanties adoptées par votre employeur sous la référence n° L231 et les formalités à accomplir. Vous êtes couvert(e) pour les seules garanties choisies par votre employeur telles que mentionnées expressément sur le récapitulatif des garanties souscrites.

Vous pouvez vous adresser à votre employeur si vous souhaitez de plus amples précisions sur votre garantie.

SOMMAIRE

DÉFINITIONS PRÉALABLES	4
GÉNÉRALITÉS	5
ÉTENDUE DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ.....	6
PIÈCES A FOURNIR.....	9
CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE	10
SUSPENSION, CESSATION ET MAINTIEN DE LA GARANTIE	11
RECAPITULATIF DES GARANTIES SOUSCRITES	14

DÉFINITIONS PRÉALABLES

Base de remboursement (BR) - Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de convention lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec la Sécurité sociale. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre la Sécurité sociale et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec la Sécurité sociale (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Déchéance - Perte du droit du Participant à bénéficier de la garantie en raison du non respect des obligations contractuelles par le Participant ou l'Entreprise.

Délai de carence - Période fixée par le contrat, débutant à la date d'effet du contrat ou de l'affiliation au contrat, au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas.

Délai de déclaration du sinistre - Délai durant lequel le Participant ou l'Entreprise doit déclarer le sinistre pour obtenir une éventuelle prise en charge.

Dépassement d'honoraires – Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires avec "tact et mesure" et en informer préalablement son patient.

Entreprise ou Adhérente - Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel, qui s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

Forfait Hospitalier - Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Ce forfait n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

Frais réels - Dépense réellement payée par les bénéficiaires de la garantie pour un acte médical donné.

Garantie - Engagement de l'Institution, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'événements faisant jouer les clauses du contrat, intervenant au cours d'une période déterminée.

Maladie - Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations d'un régime de Sécurité sociale française.

NOEMIE - « Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs ». Echanges d'informations entre les caisses nationales des régimes obligatoires d'assurance maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.

Parcours de soins coordonnés – Parcours, faisant notamment intervenir le médecin traitant, que doit suivre l'assuré pour ne pas supporter certaines pénalités de remboursement de la sécurité sociale.

Participant - Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée.

Prestation - Exécution de la garantie par l'Institution.

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) - Montant qui sert de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque, en fonction du prix du générique correspondant.

Ticket modérateur (TM) - Différence entre le tarif de responsabilité ou la base de remboursement de la Sécurité sociale, et le remboursement qu'elle effectue.

GÉNÉRALITÉS

VOTRE AFFILIATION

Le contrat dont vous bénéficiez, souscrit par votre employeur auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé 4 - 22 rue Marie-Georges Picquart 75017 Paris, est collectif et obligatoire pour l'ensemble des salariés appartenant à l'effectif de la catégorie affiliée.

Vous devez donc être affilié dès la souscription du contrat par votre entreprise pour la catégorie de personnel dont vous faites partie ou postérieurement dès votre appartenance à cette catégorie.

RESPECT DES CRITERES DE RESPONSABILITE

La présente garantie est en conformité avec les exigences posées par l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et par les décrets et arrêtés pris pour son application.

En conséquence :

- ◆ la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- ◆ hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L 162-5-3 n'est prise en charge. Il en sera de même lorsque le patient n'autorisera pas un professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ;
- ◆ hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale de janvier 2005 pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1.

Les obligations de prise en charge prévues en cas de respect du parcours de soins coordonnés sont respectées. La participation de l'assuré (ticket modérateur) pour au moins deux des prestations de prévention figurant sur la liste définie par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006, dont le détail figure ci-dessous, est entièrement prise en charge.

- détartrage dentaire annuel,
- scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant 14 ans (dentaire),
- bilan initial des troubles du langage oral ou écrit avant 14 ans,
- dépistage de l'hépatite B,
- dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans,
- acte d'ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans,

Les vaccinations :

- diphtérie, tétanos et poliomyélite,
- coqueluche avant 14 ans,
- hépatite B avant 14 ans,
- BCG avant 6 ans,
- rubéole pour les adolescentes non vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant,
- haemophilus influenzae B,
- infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables.

ENTREE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE

En cours de contrat

La garantie prend effet, si vous êtes un nouveau salarié ou un salarié promu dans la catégorie assurée, à compter du jour de votre embauche ou de votre entrée dans la catégorie assurée, si la déclaration en est faite à l'Institution dans les quatre-vingt-dix jours.

Il est précisé que l'affiliation des bénéficiaires est subordonnée à votre affiliation.

En cas de modification de la garantie de l'entreprise

Toute modification des garanties ne vise que la couverture des soins postérieurs à la date d'effet de cette modification.

ÉTENDUE DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

GENERALITES

Tous les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, soins dentaires, etc. entrant dans la nomenclature et ayant donné lieu à remboursement de la Sécurité sociale française entrent en considération pour la détermination des prestations versées par l'Institution dans les conditions et limites prévues contractuellement.

Dans certains cas, les frais non remboursés par la Sécurité sociale française peuvent donner lieu à remboursement dans les conditions prévues dans le tableau des garanties figurant en annexe. L'Institution calcule alors les prestations qui auraient été versées par la Sécurité sociale française si elle les avait prises en charge, puis détermine le montant des prestations prévues par la présente garantie.

Les frais engagés à l'étranger pendant de courts séjours sont remboursés s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale française, dans les limites de garantie prévues au tableau des garanties en annexe.

En aucun cas, l'Institution ne prendra en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale.

PERSONNES GARANTIES

Vous êtes bénéficiaire de la présente garantie pour les frais de santé engagés pour vous-même.

Vous avez également droit, dans les conditions prévues au récapitulatif des garanties figurant en annexe, au remboursement des frais engagés par :

- votre conjoint, marié ou qui vous est lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- votre concubin, tel que défini ci-dessous ;
- vos enfants célibataires, ou ceux de votre conjoint ou de votre concubin, sous les conditions précisées ci-dessous.
- vos ascendants ou ceux de votre conjoint, de votre concubin ou de la personne avec qui vous avez contracté un PACS, à charge au sens de la Sécurité sociale.

Est considérée comme concubin la personne remplissant les critères cumulatifs suivants :

- elle vit sous le même toit que vous ;
- elle est libre de tout lien conjugal et de tout lien de PACS ;
- vous êtes libre de tout lien conjugal et de tout lien de PACS.

Sous réserve de dispositions spécifiques prévues au récapitulatif des garanties en annexe, peuvent être couverts par la garantie Frais de santé, vos enfants ou ceux de votre conjoint ou concubin, remplissant l'une des conditions suivantes :

- être considérés par la Sécurité sociale comme à votre charge, ou à celle de votre conjoint ou concubin, en application de l'article L 313-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- être âgés de moins de 24 ans s'ils finissent leur cycle secondaire ;
- être âgés de moins de 26 ans s'ils justifient de la poursuite d'études, y compris dans l'Union Européenne, sous réserve pour ceux qui sont titulaires d'un contrat de travail par ailleurs qu'ils ne bénéficient pas d'un régime de prévoyance au titre de leur activité salariée ;

- être âgés de moins de 26 ans et en contrat d'apprentissage, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime de prévoyance au titre de leur activité salariée ;
- être âgés de moins de 26 ans et titulaires d'un contrat de travail destiné à favoriser l'insertion dans la vie professionnelle (contrat de professionnalisation, CAE –contrat d'accompagnement dans l'emploi-, etc.), ou d'un contrat similaire, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime de prévoyance au titre de cette activité ;
- être handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires avant leur 21ème anniversaire de la carte d'invalidité civile ;
- être à la recherche d'un premier emploi, inscrit au Pôle Emploi et avoir terminé ses études depuis moins de 6 mois, à condition d'être âgé de moins de 26 ans ;

Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi, à condition d'être âgé de moins de 26 ans.

Justificatifs à fournir

Dans tous les cas, une copie de votre attestation Vitale et de chaque personne garantie.

Pour la couverture du conjoint lié par un PACS, une copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance de votre domicile ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS et un justificatif de domicile commun.

Pour la couverture du concubin, le décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun (titre de propriété, avis d'imposition, quittance de loyer, assurance du logement, factures de gaz, électricité, téléphone, etc.).

Pour la couverture des enfants, selon le cas :

- un certificat de scolarité délivré par l'établissement d'enseignement indiquant les dates de début et de fin d'études ;
- pour les étudiants, une attestation d'affiliation au régime de base de protection sociale concerné ;
- une copie du contrat de travail ou d'apprentissage ;
- une copie de la carte d'invalidité civile ;
- une attestation d'inscription au Pôle Emploi et une attestation attestant de la fin des études ;
- une attestation de formation en alternance ;
- une attestation sur l'honneur précisant que l'enfant ne bénéficie pas d'un régime de prévoyance au titre de son activité salariée.

Tout changement de situation de famille doit être signalé à l'Institution, de même que les changements d'adresse, de compte bancaire (envoi d'un nouveau RIB indispensable) et de centre de Sécurité sociale.

MODIFICATION DE LA GARANTIE ET DES TAUX DE COTISATION

La garantie et les taux de cotisation de votre contrat sont établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au moment de sa prise d'effet.

Ils pourront être révisés sans délai, en tout ou partie, en cas de changement de ces textes. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, la garantie restera acquise sur la base définie par le contrat avant cette date.

MONTANT DES PRESTATIONS

Les montants de prestations prévus pour chaque acte couvert par la garantie frais de santé sont précisés dans le tableau des garanties figurant en annexe.

Ces montants sont définis compte tenu des dispositions générales et des bases de remboursement de la Sécurité sociale française telles qu'elles existent au jour de l'édition de la présente notice. Si celles-ci venaient à changer, une modification du contrat, à effet immédiat, pourrait être proposée à votre employeur.

Les prestations réglées ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Pour l'application de cette règle, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Si votre conjoint ou votre concubin est lui-même salarié, les prestations versées par l'Institution sont complémentaires à celles des régimes obligatoires de la Sécurité sociale française, et éventuellement à celles du contrat complémentaire santé dont il peut bénéficier personnellement.

Pour les traitements orthodontiques, le nombre de semestres pris en considération pour la détermination des prestations est limité à six et la durée du traitement de contention est limitée à deux ans.

REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations dues au titre de la présente garantie ne peuvent être versées qu'à vous-même. Après réception complète des pièces justificatives mentionnées ci-après, les prestations sont versées dans les quinze jours ouvrés.

NOEMIE

Pour simplifier les démarches administratives, accélérer le processus de remboursement, vous pouvez bénéficier de NOEMIE, système de télétransmission mis en place entre les Caisses Nationales d'Assurance Maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.

Le transfert des décomptes de Sécurité sociale numérisés est effectué directement à l'Institution, vous évitant ainsi d'envoyer les décomptes papier. Cependant, pour le traitement de certaines prestations, les pièces complémentaires mentionnées ci-après pourront être réclamées.

BON DE PRISE EN CHARGE

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné, l'Institution peut délivrer une prise en charge hospitalière. Dans ce cas, l'Institution règle directement à l'établissement hospitalier le complément de frais restant à votre charge, à l'exclusion des frais accessoires, des soins externes, des cures thermales, des frais de transport et de maternité, et le cas échéant, de tout dépassement d'honoraires.

TIERS PAYANT

Avec ce service, vous pouvez bénéficier, en fonction des garanties souscrites, de la dispense d'avance des frais (tiers payant) auprès d'un grand nombre de professionnels de santé conventionnés : pharmacies, laboratoires d'analyses (biologie), cabinets de radiologie, auxiliaires médicaux, centres de santé, soins externes.

Vous pouvez bénéficier de ce service dès lors que la garantie frais de santé prévoit, au minimum, le remboursement de l'intégralité du ticket modérateur.

Pour le poste optique, le tiers payant dispense l'Adhérent d'avancer les frais s'il se rend auprès d'un opticien partenaire du réseau Carte Blanche.

Pour délivrer les cartes tiers payant, l'Assureur doit être en possession de la photocopie de l'attestation VITALE de chaque bénéficiaire.

L'Assureur adresse alors à chaque Adhérent une attestation de tiers payant mentionnant la période de garantie des droits. Une nouvelle attestation sera fournie chaque année avec la mention de la période de garantie.

En cas de modification de la situation de famille, une nouvelle attestation sera délivrée.

En cas de résiliation de l'adhésion, l'Adhérent s'engage à transmettre son attestation de tiers payant à l'assureur avec la mention « résiliée ».

L'assureur annule alors le tiers payant.

L'assureur se réserve le droit de récupérer auprès de l'Adhérent toute somme indûment versée du fait de la non-observation de ces dispositions.

PIÈCES A FOURNIR

Pour obtenir le règlement de vos prestations, vous devez transmettre à l'Institution les pièces mentionnées ci-après :

- ◆ les décomptes originaux de remboursement de la Sécurité sociale ;
- ◆ les factures originales, acquittées, détaillées, mentionnant notamment les frais engagés au titre des dépassements d'honoraires ;
- ◆ le cas échéant, les décomptes originaux de remboursement de tout autre organisme de prévoyance (mutuelle, etc.) ;
- ◆ tout document complémentaire nécessaire à l'Institution pour régler la prestation, notamment ceux prévus ci-dessous.

Hospitalisation

- ◆ la facture acquittée de l'établissement hospitalier mentionnant les frais engagés, la participation de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire ;
- ◆ le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins et la participation de la Sécurité sociale.

Cures thermales

- ◆ le décompte original de la Sécurité sociale ;
- ◆ la (les) facture(s) détaillée(s) avec les frais d'hébergement, de transport, de soins et d'honoraires des médecins.

Prothèses dentaires

- ◆ l'original de la facture détaillée et acquittée des frais engagés précisant la codification des travaux effectués.

Orthodontie

- ◆ la facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et de fin de semestre ;
- ◆ la notification éventuelle de refus de prise en charge de la Sécurité sociale et éventuellement celle relative à un traitement de contention.

Optique

- ◆ la facture de l'opticien indiquant les frais réellement engagés pour les verres et la monture (facturés distinctement) ;
- ◆ pour les lentilles de contact correctrices, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que la prescription médicale datant de moins de deux ans.

Opération de la myopie

- ◆ la facture originale détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés.

Implantologie

- ♦ la facture originale détaillée et acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués.

Acupuncture, ostéopathie, homéopathie, étiopathie, chiropractie, diététicien, nutritionniste, psychomotricien et psychologue pour enfants

Seules les séances auprès de professionnels diplômés dans la spécialité peuvent être remboursées.

- ♦ la facture originale détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés, et faisant apparaître les qualités citées ci-dessus.

CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE

EVENEMENTS EXCLUS

Cette clause ne s'applique pas aux obligations de prise en charge minimale du ticket modérateur fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ceci précisé, les frais qui ne sont pas pris en charge par l'Institution sont les suivants :

- ♦ les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale ;
- ♦ en cas d'hospitalisation, les frais relatifs aux établissements de long séjour ;
- ♦ les frais de séjours en sanatorium, préventorium ou aérium, effectués dans un établissement non agréé par la Sécurité sociale ;
- ♦ en cas de cure thermale, tous les frais annexes à la cure, en particulier les frais de transport et d'hébergement ;
- ♦ les lentilles de couleur non correctrices, ainsi que tous les produits d'entretien ;
- ♦ les cures et opérations de rajeunissement et de remise en forme ainsi que leurs suites ;
- ♦ les interventions de chirurgie esthétique de toute nature ainsi que leurs suites, sauf celles reconnues et prises en charge par la Sécurité sociale au titre de la chirurgie réparatrice.

Les actes non remboursés par la Sécurité sociale française ne sont pas pris en charge, sauf dispositions spécifiques prévues dans le tableau des garanties figurant en annexe.

DELAÏ DE DECLARATION ET DECHEANCE

Les demandes de règlement doivent être adressées à l'Institution, sous peine de déchéance totale de tout droit aux prestations, au plus tard dans un délai de deux ans suivant la date à laquelle les soins ont été réalisés.

FAUSSE DECLARATION – PRESCRIPTION

Fausse déclaration

Les garanties sont annulées en cas de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence, conformément aux dispositions de l'article L 932-7 du Code de la Sécurité sociale. Dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Prescription

Toutes actions susceptibles d'être intentées par votre employeur, vous-même, vos ayants droit ou l'Institution sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- ♦ en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- ♦ en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Droit d'accès et de rectification

Votre entreprise et vous-même êtes protégés par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour tout motif légitime et de suppression de toute information vous concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de l'Institution, de ses mandataires, et de ses réassureurs.

Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :

Service INFO CNIL
rue Denise Buisson
93554 Montreuil cedex

Accompagné d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité ou par mail à l'adresse suivante :
info.cnil@klesia.fr

Réclamation et Médiation

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du contrat, votre entreprise ou vous-même devez l'adresser en priorité à l'attention du Service Satisfaction Clients (SSC), par courrier, 1 - 13 rue Denise Buisson, 93554 Montreuil cedex ou par téléphone au 01 71 39 15 15 (du lundi au vendredi, de 9 h 00 à 18 h 00) ou courriel –www.klesia.fr-.

Après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, votre entreprise, vous-même ainsi que vos bénéficiaires ou ayants droit, pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend vous opposant à l'Institution, vous adresser par courrier au Médiateur du CTIP à l'adresse suivante : 10, rue Cambacérès, 75008 Paris.

SUSPENSION, CESSATION ET MAINTIEN DE LA GARANTIE

SUSPENSION DE LA GARANTIE

Sous réserve des dispositions spécifiques éventuellement prévues au récapitulatif des garanties figurant en annexe, la garantie est suspendue de plein droit lorsqu'aucune rémunération ou aucune indemnité journalière complémentaire financée au moins en partie par l'employeur n'est versée, si vous êtes, par exemple dans les cas suivants :

- ◆ congé sabbatique visé aux articles L 3142-91 et suivants du Code du Travail ;
- ◆ congé parental d'éducation visé aux articles L 1225-47 et suivants du Code du Travail ;
- ◆ congé pour création d'entreprise visé aux articles L 3142-78 et suivants du Code du Travail ;
- ◆ ou tout autre motif de suspension du contrat de travail non rémunéré.

La suspension de la garantie intervient à la date de la cessation effective du travail dans l'Entreprise. Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise. Un maintien de la garantie frais de santé pour les Participants dont le contrat de travail est suspendu peut être proposé, à titre onéreux, sur demande expresse de l'Entreprise auprès de l'Institution.

CESSATION DE LA GARANTIE

En cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article L 932-9 du Code de la Sécurité sociale, la garantie est suspendue puis résiliée.

La garantie cesse également :

- ◆ si vous cessez d'appartenir à la catégorie assurée ;
- ◆ si votre contrat de travail est rompu, quelle que soit la cause de la rupture, sauf si celle-ci intervient dans un cadre vous permettant de bénéficier du maintien de la garantie ;
- ◆ en cas de résiliation du contrat ;
- ◆ en cas de cessation d'activité ou de disparition de l'Entreprise ;
- ◆ en cas d'attribution de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf situation de poursuite ou reprise d'une activité salariée au sein de l'Entreprise ;
- ◆ si vous venez à décéder.

Toutefois, conformément aux dispositions de l'article 4 de la Loi Evin, une couverture Frais de santé peut vous être maintenue à titre individuel, ou à vos ayants droit, dans les conditions prévues au paragraphe suivant.

MAINTIEN DE LA GARANTIE A TITRE INDIVIDUEL

En cas de rupture du contrat de travail

Les anciens salariés ayant quitté l'Entreprise qui bénéficient de prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi*, d'un revenu de remplacement, peuvent, sans délai de carence et sans questionnaire médical, bénéficier à titre individuel du maintien d'une garantie de niveau équivalent à celui du contrat collectif sans condition de durée.

La demande d'adhésion individuelle doit être formulée au plus tard dans les 6 mois suivant la date de rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant la fin de la période pendant laquelle l'ancien salarié a bénéficié de la portabilité.

Afin de permettre à l'Institution de proposer aux anciens salariés le maintien d'une garantie individuelle, l'Entreprise doit informer l'Institution de la rupture du contrat de travail dès sa survenance.

La cotisation est payable d'avance par les assurés. La lettre d'acceptation de l'Institution comportera la garantie, la date d'effet et le montant de la cotisation.

** Pour les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement, les présentes dispositions ne s'appliquent éventuellement que dans le prolongement du dispositif relatif à la portabilité mentionnée ci-après.*

En cas de décès du Participant

Les ayants droit garantis du Participant décédé peuvent continuer à bénéficier, à titre individuel, d'une garantie de niveau équivalent à celui du contrat collectif, sans délai de carence et sans questionnaire médical, pour une durée de douze mois à compter du décès, à condition d'en faire la demande dans les six mois suivant le décès du Participant.

Afin de permettre à l'Institution de proposer aux ayants droit le maintien d'une garantie individuelle, l'entreprise doit informer l'Institution du décès du Participant dès connaissance de celui-ci.

La cotisation est payable d'avance par les personnes garanties. La lettre d'acceptation de l'Institution comportera la garantie, la date d'effet et le montant de la cotisation.

En cas de résiliation du contrat

Sous réserve d'en faire la demande auprès de l'Institution avant la fin du délai de préavis de résiliation du présent régime, vous pouvez obtenir, à titre individuel, le maintien d'une garantie au plus égale à celle du présent régime, sans délai de carence ni questionnaire médical, pour une durée maximale de douze mois à compter de la date de résiliation du contrat.

La cotisation est payable annuellement et d'avance par les personnes garanties. La lettre d'acceptation de l'Institution comportera la garantie, la date d'effet et le montant de la cotisation.

MAINTIEN DE LA GARANTIE A TITRE COLLECTIF

Le personnel en congé parental, sabbatique, en congé individuel de formation non rémunéré et en congé sans solde, ainsi que leurs ayants-droit, d'une durée supérieure à un mois calendaire, peuvent bénéficier, pour une période maximale de deux ans, du maintien de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

MAINTIEN DE LA GARANTIE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL INDEMNISEE PAR L'ASSURANCE CHOMAGE

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par l'Assurance Chômage, les anciens salariés bénéficient du maintien, à titre gratuit, de la garantie Frais de santé appliquée dans leur ancienne entreprise pendant leur période d'indemnisation du chômage, et pour une durée égale à celle de leur dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursement complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

Les anciens salariés doivent justifier auprès de l'Institution de leur prise en charge par l'organisme d'assurance chômage à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties.

Les anciens salariés perdent leur droit au maintien de leurs garanties s'ils retrouvent un emploi, en cas de radiation des listes du Pôle Emploi ou en cas de résiliation du contrat.

L'employeur doit signaler le maintien des garanties santé dans le certificat de travail et doit informer l'Institution de la rupture du contrat de travail.

RECAPITULATIF DES GARANTIES SOUSCRITES

CATEGORIE DE PERSONNEL GARANTIE

L'ensemble du personnel (y compris détaché), en activité, inscrit sur les contrôles de l'entreprise tant que le présent régime est en vigueur.

Bénéficie d'un maintien de garantie le personnel suivant :

- le personnel en congé parental, sabbatique, en congé individuel de formation non rémunéré et en congé sans solde, ainsi que leurs ayants droit, d'une durée supérieure à un mois calendaire, pour une période maximale de deux ans, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

Ce maintien de garanties cesse dans les conditions des paragraphes « Suspension de la garantie » et « Cessation de la garantie ».

MONTANT DES PRESTATIONS

Remboursements complémentaires à la Sécurité sociale limités aux dépenses réellement engagées.

Les actes non remboursés par la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge, sauf dispositions spécifiques prévues au tableau de garanties.

NATURE DES FRAIS ENGAGES	PRESTATIONS	
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
Honoraires médicaux (consultations – visites)	500 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable en secteur conventionné	
Psychologue et psychomotricien, pour enfant	3 séances à 50 euros par an et par bénéficiaire	
Consultations d'ostéopathe, chiropracteurs, acupuncteurs, homéopathes, diététiciens, étioopathes, nutritionnistes et psychomotriciens	80 % des frais réels par consultation, limité à 150 euros par an et par bénéficiaire	
Frais pharmaceutiques	100 % des frais réels sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale	
Honoraires chirurgicaux - Actes de chirurgie - Actes d'anesthésie - Actes d'obstétrique - Actes techniques médicaux - Actes inhérents à la maternité	100 % des frais réels	
Hospitalisation médicale et chirurgicale / Frais de séjour (maternité incluse)	100 % des frais réels	
Forfait hospitalier	100 % des Frais réels	
Chambre particulière (maternité incluse)	5% du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽¹⁾	
Frais de lit d'accompagnant (par jour) d'un enfant de moins de 12 ans	3 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽¹⁾	
Frais d'analyses médicales	500 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable en secteur conventionné	
Frais d'auxiliaires médicaux	500 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable en secteur conventionné	
Radiologie Actes d'imagerie	500 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable en secteur conventionné	
Echographie	500 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable en secteur conventionné	

NATURE DES FRAIS ENGAGES	PRESTATIONS	
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
Dentaire		
- Soins dentaires (y compris inlay ou onlay)	500 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable en secteur conventionné	
- Prothèses dentaires (remboursées ou non remboursées ⁽²⁾ par la Sécurité sociale)	450 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable en secteur conventionné	
- Prothèse sur dent saine	450 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable en secteur conventionné	
- Inlay Core	400 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable en secteur conventionné	
- Implantologie ⁽³⁾	21 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire	
- Orthodontie remboursée ou non remboursée par la Sécurité sociale	500 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable en secteur conventionné	
- Actes de prévention buccodentaire	100 % du ticket modérateur	
Optique :	Se reporter à la grille optique ci-dessous	
- Verres (limités à un forfait toutes les 2 années civiles et par bénéficiaire ⁽⁴⁾)		
- Montures de lunettes ⁽⁵⁾ ⁽⁴⁾		
- adulte	250 euros	
- enfant	185 euros	
- Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽¹⁾ par an et par bénéficiaire	
- Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris lentilles jetables	10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽¹⁾ par an et par bénéficiaire	
- Opération de la myopie	21 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽¹⁾ par oeil	
Prothèses auditives	600 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable en secteur conventionné	
Prothèses autres que dentaires ou auditives	400 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable en secteur conventionné	
Cures thermales Indemnité forfaitaire pour 21 jours	15 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽¹⁾ dans la limite des frais réels (sur présentation de la facture)	
Autres soins, traitements et appareillages	500 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable en secteur conventionné	
Assistance	GARANTI sous couvert de la convention d'assistance SOPRA-STERIA LU1 ci-jointe	

1. Le plafond retenu est celui en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel se produit l'évènement.

2. Seule la couronne sur dent vivante, prothèse dentaire non remboursée par la Sécurité sociale, est prise en charge.

3. Les frais effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge (sauf personnel détaché).

4. Cette limitation d'un équipement toutes les 2 années civiles (la première année civile prise en compte pour déterminer le droit à remboursement est l'année 2014) est supprimée en cas :

- de modification du niveau de correction égal ou supérieur à 0,50 dioptrie. Dans ce cas, lors du remboursement, un justificatif de l'aggravation du défaut de vision, attesté par l'ophtalmologiste, sera à fournir impérativement,
- en cas de vol (sur justificatif « déclaration de vol auprès d'un commissariat »,
- de casse (sur justificatif de prise en charge de la Sécurité sociale, accompagné d'une attestation sur l'honneur précisant les circonstances de la casse).

5. La prestation « montures de lunettes » est limitée à :

- 1 paire de lunettes par année civile et par bénéficiaire âgé de moins de 16 ans.
- 1 paire de lunettes toutes les 2 années civiles par bénéficiaire âgé de 16 ans et plus. La première année civile prise en compte pour déterminer le droit à remboursement est l'année 2014.

Cette limitation d'un équipement toutes les 2 années civiles est supprimée en cas :

- de modification du niveau de correction égal ou supérieur à 0,50 dioptrie. Dans ce cas, lors du remboursement, un justificatif de l'aggravation du défaut de vision, attesté par l'ophtalmologiste, sera à fournir impérativement,
- en cas de vol (sur justificatif « déclaration de vol auprès d'un commissariat »,
- de casse (sur justificatif de prise en charge de la Sécurité sociale, accompagné d'une attestation sur l'honneur précisant les circonstances de la casse).

GRILLE OPTIQUE
(complétant le poste Optique du tableau des prestations Frais de santé)

Les prestations « Verres » ci-dessous sont limitées à un forfait toutes les 2 années civiles et par bénéficiaire.

Cette limitation est supprimée en cas :

de modification du niveau de correction égal ou supérieur à 0,50 dioptrie. Dans ce cas, lors du remboursement, un justificatif de l'aggravation du défaut de vision, attesté par l'ophtalmologiste, sera à fournir impérativement, en cas de vol (sur justificatif « déclaration de vol auprès d'un commissariat », de casse (sur justificatif de prise en charge de la Sécurité sociale, accompagné d'une attestation sur l'honneur précisant les circonstances de la casse).

VERRES (les 2)	0 à 2 dioptries	2.25 à 4 dioptries	4.25 à 6 dioptries	6.25 à moins de 8 dioptries
Adulte simple foyer	9% du PMSS*	10 % du PMSS*	14 % du PMSS*	16 % du PMSS*
Adulte progressif	20 % du PMSS*	21 % du PMSS*	26 % du PMSS*	28 % du PMSS*
Verres spéciaux : 8 dioptries et plus	30 % du PMSS*			
Enfant de moins de 16 ans	10 % du PMSS* si moins de 6 dioptries 15% du PMSS* à compter de 6 dioptries			

* Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel se produit l'évènement.

* * * * *

**Convention d'assistance
Klésia Assistance SOPRA-STERIA - LU1
1er janvier 2015**

Sommaire

Préambule	4
1. Généralités.....	4
1.1. Objet.....	4
1.2. Définitions.....	4
2. Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance	4
2.1. Validité et durée du contrat.....	4
2.2. Conditions d'application.....	4
2.3. Titres de transport	4
2.4. Nature des déplacements couverts	5
2.5. Etendue territoriale	5
3. Modalités d'intervention	5
4. Prestations d'assistance au Quotidien	5
4.1. Informations Santé	5
4.2. Renseignements et Informations à caractère documentaire	5
4.3. Informations liées aux problèmes de l'enfance.....	6
4.3.1. Conseil Social	6
4.3.2. Soutien psychologique.....	6
4.3.3. Mise en relation avec des prestataires pour des réparations d'urgence dans les domaines de la serrurerie, la plomberie, le chauffage, la vitrerie, l'électricité.....	6
4.3.4. Transmission de messages urgents à caractère personnel.....	6
5. Prestations d'Assistance aux Personnes	6
5.1. En cas de Maladie ou de Blessure (hors situation d'Urgence)	7
5.1.1. Envoi d'un médecin.....	7
5.1.2. Livraison de médicaments au Domicile.....	7
5.1.3. Mise à disposition d'un véhicule médical	7
5.2. En cas d'Immobilisation au Domicile de plus de 5 jours, d'Hospitalisation de plus de 24 heures, suite à une Maladie ou à une Blessure	7
5.2.1. Présence d'un proche	7
5.2.2. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, des ascendants ou personnes dépendantes à charge	7
5.2.3. Acheminement d'un Proche	8
5.2.4. Transfert chez un proche	8
5.2.5. Trajet école	8
5.2.6. Transport d'animaux de compagnie (chien ou chat)	8
5.3. En cas de Décès du conjoint ou concubin	8
5.3.1. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans.....	8
5.3.2. Acheminement d'un Proche	9
5.3.3. Transfert chez un proche	9
5.3.4. Trajet école	9
5.3.5. Transport d'animaux de compagnie (chien ou chat)	9
5.3.6. Aide-ménagère	10
5.4. En cas de séjour en maternité de plus de 8 jours.....	10
5.4.1. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans.....	10
5.4.2. Acheminement d'un Proche	10
5.4.3. Transfert chez un proche	10
5.4.4. Trajet école	10
5.4.5. Aide-ménagère	11
5.5. En cas de Maladie ou Blessure de vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans	11
5.5.1. Présence auprès des enfants	11
5.5.2. Prise en charge des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans.....	11
5.5.2.2. Acheminement d'un Proche.....	11

5.5.2.3.	Transfert chez un proche	11
5.5.2.4.	Trajet école	11
5.5.3.	Répétiteur scolaire	12
5.6.	En cas de Maladie, suite à une hospitalisation ou en cas d'accident survenu au Domicile	12
5.6.1.	Organisation de soins au Domicile.....	12
6.	Dispositions générales	12
6.1.	Exclusions	12
6.1.1.	Exclusions communes à toutes les prestations.....	12
6.1.2.	Exclusions spécifiques à l'assistance aux Personnes.....	12
6.2.	Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés	13
6.3.	Subrogation	13
6.4.	Prescription	13
6.5.	Déchéance pour déclaration frauduleuse	14
6.6.	Cumul des garanties.....	14
6.7.	Réclamations – Litiges	14
6.8.	Autorité de contrôle	14
6.9.	Informatique et Libertés.....	14

Préambule

La présente convention d'assistance constitue les Conditions Générales du contrat d'assistance Klésia Assistance SOPRA-STERIA.

Elle détermine les prestations qui seront garanties et fournies par EUROP ASSISTANCE, entreprise régie par le code des assurances aux Bénéficiaires du contrat Klésia Assistance SOPRA-STERIA souscrit auprès de Klésia, entré en vigueur à compter du 01/01/2015.

1. Généralités

1.1. Objet

La présente convention d'assistance Klésia Assistance SOPRA-STERIA a pour objet de préciser les droits et obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Bénéficiaires définis ci-après.

1.2. Définitions

1.2.1. Klésia Assistance

Désigne EUROP ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 35 402 785 euros, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS.

Dans la présente convention d'assistance, Klésia Assistance, est remplacé par le terme « Nous ».

1.2.2. Adhérent :

Désigne toute personne physique, ayant son Domicile en France, et ayant souscrit, par l'intermédiaire de son employeur, un Contrat d'assurance santé garanti par Carcept Prévoyance, (ci-après désigné « le Contrat frais de santé ») et bénéficiant dans ce cadre de la présente convention d'assistance.

1.2.3. Bénéficiaire

Désigne :

- l'Adhérent, ainsi que les personnes suivantes :
- Le conjoint, pacsé ou concubin notoire du Souscripteur, vivant sous le même toit que celui-ci,
- leur(s) enfant(s) célibataire(s) âgé(s) de moins de 25 ans à charge au sens fiscal, et vivant sous le même toit, les enfants handicapés âgés de plus de 25 ans,
- les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours,
- le cas échéant : leur(s) enfant(s) qui viendrait(en)t à naître au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours.
- leurs ascendants vivant sous le même toit, à charge au sens fiscal,

Dans la présente convention d'assistance les Bénéficiaires sont désignés par le terme « Vous ».

1.2.4. Domicile

Désigne le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire en France. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition sur le revenu.

1.2.5. France

Désigne la France métropolitaine et la Principauté de Monaco.

1.2.6. Blessure

Désigne toute lésion corporelle médicalement constatée atteignant le Bénéficiaire, provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

1.2.7. Hospitalisation

Désigne toute admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à une Blessure, et comportant au moins une nuit sur place.

1.2.8. Immobilisation

Désigne l'incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à une Blessure, et nécessitant le repos au Domicile. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon le Bénéficiaire concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

1.2.9. Maladie

Désigne l'état pathologique dûment constaté par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

2. Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance

2.1. Validité et durée du contrat

Les garanties d'assistance s'appliquent pendant la période de validité du contrat Klésia Assistance SOPRA-STERIA. Elles cessent de ce fait si le contrat est résilié.

La couverture ; Klésia Assistance SOPRA-STERIA; prend effet à compter de la date de souscription au contrat pour une durée de 1 an renouvelable par tacite reconduction.

2.2. Conditions d'application

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

2.3. Titres de transport

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, le Bénéficiaire s'engage soit à réserver à Klésia Assistance le droit d'utiliser les titres de transport qu'il détient soit à rembourser à Klésia Assistance les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

* Vous vivez, nous veillons

2.4. Nature des déplacements couverts

Les prestations d'assistance décrites dans la présente convention s'appliquent :

- En France, au cours de tout déplacement privé ou professionnel,
- A l'Etranger, au cours de tout déplacement privé ou professionnel, d'une durée n'excédant pas 90 jours consécutifs.

2.5. Etendue territoriale

2.5.1. Assistance aux Personnes

Désigne la France métropolitaine et Principauté de Monaco. La survenance d'une immobilisation ou d'une hospitalisation à l'étranger ouvre droit à la mise en œuvre des prestations en France.

2.5.2. Exclusions territoriales

Sont exclus les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, ou subissant des catastrophes naturelles, des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens (quel qu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, etc.), ou désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

Nous Nous réservons le droit de Vous demander tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance (tels que notamment, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, certificat de concubinage, avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant autre que votre nom, votre adresse, et les personnes composant votre foyer fiscal, certificat médical d'arrêt de travail, etc.).

Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

Fausse déclaration :

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

- toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu au Code des Assurances à l'article L.113.8,

toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités du Code des Assurances tel que prévu à l'article L 113.9.

4. Prestations d'assistance au Quotidien

4.1. Informations Santé

Ce service est conçu pour Vous écouter, orienter et informer. **En cas d'urgence médicale, Vous devez impérativement appeler les secours d'urgence locaux.**

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi, de 8 h 00 à 19 h 30, sauf dimanches et jours fériés, Nous nous efforçons de rechercher les renseignements à caractère documentaire destinés à Vous orienter dans le domaine de la santé (Santé, Vaccination, Mise en forme, Diététique, Puériculture)

Si une réponse ne peut Vous être apportée immédiatement, Nous effectuons les recherches nécessaires et Vous rappelons dans les meilleurs délais. Les informations sont données dans le respect de la déontologie médicale.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation ou une prescription médicale téléphonique personnalisée, de favoriser une automédication ou de remettre en cause les choix thérapeutiques de praticiens. Si telle était votre demande, Nous Vous conseillerions de consulter un médecin local ou votre médecin traitant.

Nous apportons aux questions que Vous Nous posez une réponse objective à partir d'éléments officiels et ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation que Vous pourrez en faire ni de ses conséquences éventuelles.

4.2. Renseignements et Informations à caractère documentaire

Sur simple appel téléphonique, de 8 h 00 à 19 h 30, sauf dimanches et jours fériés, Nous nous efforçons de

3. Modalités d'intervention

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences.

Afin de Nous permettre d'intervenir, Nous Vous recommandons de préparer votre appel.

Nous Vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où Vous Vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut Vous joindre,
- votre numéro de contrat Klésia Assistance SOPRA-STERIA

Si Vous avez besoin d'assistance, vous devez :

- Nous appeler sans attendre au n° de téléphone :
 - 01 41 85 87 23
 - depuis l'étranger Vous devez composer le 33 1 41 85 87 23.

- obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,

- Vous conformer aux solutions que Nous préconisons,
- Nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- Nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

rechercher les informations et renseignements à caractère documentaire et exclusivement d'ordre privé, destinés à orienter vos démarches dans les domaines suivants :

- famille, mariage, divorce, succession,
- habitation, logement,
- justice,
- travail,
- impôts, fiscalité,
- assurances sociales, allocations, retraites,
- consommation, vie privée,
- formalités, cartes,
- la législation routière (les contraventions, les procès-verbaux...),
- le permis à points (les points, les stages, les sanctions...),
- enseignement, formation,
- voyages, loisirs,
- assurances, responsabilité civile,
- services publics, exclusivement d'ordre privé.

Dans tous les cas, ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques. Selon les cas, Nous pourrions Vous orienter vers les organismes professionnels susceptibles de Vous répondre. Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance téléphonique.

Nous nous efforçons de répondre immédiatement à tout appel mais pouvons être conduits pour certaines demandes à procéder à des recherches entraînant un délai de réponse. Nous serons alors amenés à Vous recontacter dans les meilleurs délais, après avoir effectué les recherches nécessaires.

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

4.3. Informations liées aux problèmes de l'enfance

Vous rencontrez des difficultés au quotidien avec votre (vos) enfant(s), Nous vous proposons :

4.3.1. Conseil Social

Vous pouvez contacter par téléphone nos assistantes sociales qui se tiennent à votre disposition du lundi au vendredi de 9 h 00 à 17 h 00 pour :

- écouter,
- analyser la demande,
- informer, et vous orienter vers les structures locales qui pourront vous fournir l'aide nécessaire à la résolution des difficultés familiales que vous rencontrez.

Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance par téléphone.

Si une réponse ne peut être apportée immédiatement, Nous effectuons les recherches nécessaires et rappelons dans les meilleurs délais.

Selon les cas, Nous Vous orienterons vers les catégories d'organismes ou de professionnels susceptibles de Vous répondre.

4.3.2. Soutien psychologique

En cas de nécessité, Nous mettons à votre disposition, 24 h/24, 7 j /7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique Vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Le ou les entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, Vous permettra de Vous confier et de clarifier la situation à laquelle Vous êtes confronté à la suite de cet événement.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de 5 entretiens téléphoniques (par année civile et par foyer)

En fonction de votre situation et de votre attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez Vous, un psychologue diplômé d'état choisi par Vous parmi 3 noms de praticiens que Nous Vous aurons communiqués.

Nous assurerons l'organisation de ce rendez-vous. Le choix du praticien Vous appartient et les frais de cette consultation sont à votre charge.

4.3.3. Mise en relation avec des prestataires pour des réparations d'urgence dans les domaines de la serrurerie, la plomberie, le chauffage, la vitrerie, l'électricité

Vous devez faire effectuer une réparation d'urgence à votre Domicile dans les domaines de la serrurerie, la plomberie, la vitrerie, le chauffage ou l'électricité.

Nous recherchons le prestataire qui pourra intervenir le plus rapidement. Nous Vous communiquons les coordonnées de prestataires qui pourront vous aider à solutionner votre problème. Vous restez décisionnaire sur l'intervention du prestataire et les frais liés à son déplacement, ainsi qu'à la réparation (pièces et main d'œuvre éventuelles) restent à votre charge.

4.3.4. Transmission de messages urgents à caractère personnel

Si Vous êtes dans l'impossibilité de contacter une personne qui se trouve en France, Nous transmettons, à l'heure et au jour que Vous avez choisis, le message que Vous Nous aurez préalablement communiqué par téléphone.

NOTA :

Ce service ne permet pas l'usage du PCV. Le contenu de vos messages, ne saurait, par ailleurs, en aucun cas engager notre responsabilité, et reste soumis à la législation française, notamment pénale et administrative. Le non-respect de cette législation peut entraîner le refus de communiquer le message.

5. Prestations d'Assistance aux Personnes

5.1. En cas de Maladie ou de Blessure (hors situation d'Urgence)

En cas d'urgence médicale, Vous devez impérativement appeler les secours locaux d'urgence.

5.1.1. Envoi d'un médecin

En cas d'Immobilisation au Domicile et hors cas d'urgence, Vous avez besoin d'une consultation médicale et votre médecin traitant n'est pas disponible ;

Nous Vous proposons les coordonnées de plusieurs praticiens proches de votre Domicile. Le choix du praticien et la décision finale Vous appartiennent.

Les frais de consultations et de déplacements sont à votre charge.

En cas d'urgence médicale, Vous devez impérativement appeler les secours locaux d'urgence.

5.1.2. Livraison de médicaments au Domicile

Vous êtes Immobilisé(e) à Domicile, à la suite d'une Maladie, d'une Blessure ou d'un Accident.

Lorsqu'un médecin vient de Vous prescrire en urgence, par ordonnance, des médicaments, si personne de votre entourage ne peut se déplacer et si les médicaments sont immédiatement nécessaires, Nous allons les chercher dans une officine de pharmacie proche de votre Domicile (ou pharmacie de garde) et Nous Vous les apportons.

Nous prenons en charge le prix de la course. Le prix des médicaments reste à votre charge. Les médicaments doivent avoir été prescrits au maximum 24 heures avant la demande d'assistance.

5.1.3. Mise à disposition d'un véhicule médical

En cas d'Hospitalisation à la suite d'une Maladie ou d'une Blessure vous ayant immobilisé au préalable à votre Domicile, et hors cas d'urgence, Nous recherchons une ambulance ou un véhicule sanitaire léger pour Vous conduire vers votre lieu d'admission (qui aura été choisi par le médecin prescripteur de l'Hospitalisation).

Nous prenons en charge les frais liés à ces transferts et l'utilisation de cette prestation est limitée à 3 Aller-retour par an et par foyer.

En cas d'urgence, Vous devez appeler les services de secours compétents (Samu, pompiers,...) auxquels Nous ne pouvons nous substituer

5.2. En cas d'Immobilisation au Domicile de plus de 5 jours, d'Hospitalisation de plus de 24 heures, suite à une Maladie ou à une Blessure

5.2.1. Présence d'un proche

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour depuis la France par train 1ère classe ou avion classe économique d'une personne de votre choix afin qu'elle se rende à votre chevet.

Nous prenons en charge également les frais d'hôtel de cette personne (chambre et petit-déjeuner) pendant 2 nuits maximum, à concurrence de 153 € TTC maximum.

5.2.2. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, des ascendants ou personnes dépendantes à charge

En cas d'Immobilisation au Domicile de plus de 5 jours, d'Hospitalisation de plus de 24 heures, d'un Bénéficiaire, Nous organisons et prenons en charge pour venir garder vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, ascendants ou personnes dépendantes à votre charge à votre Domicile :

La présence d'une personne qualifiée pendant :

- Pour les enfants et petits-enfants de moins de 16 ans : 10 heures par jour maximum pendant 2 jours.
- Pour les ascendants et personnes dépendantes à votre charge : 20 heures maximum (réparties sur une période de 15 jours maximum)

La personne que Nous enverrons au Domicile de l'enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jours fériés, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum.

Conditions d'application de cette garantie et Permanence des heures de service :

Le service "Garde d'Enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, ascendants ou personnes dépendantes à votre charge " fonctionne du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 19 h 00 hors jours fériés. Toutefois, Vous pouvez Nous joindre 24 h/24, 7 j/ 7, afin de formuler votre demande.

Délais de mise en place :

Dès réception de votre appel, Nous mettons tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit à votre Domicile le plus rapidement possible. Toutefois, Nous nous réservons un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

Exécution du service :

Aucune dépense effectuée d'autorité par vous-même ne sera remboursée. Le personnel intervenant n'est pas compétent pour dispenser des soins autres que ceux généralement apportés par l'entourage familial aux personnes gardées ; il ne peut effectuer d'actes médicaux dépassant les compétences reconnues par ses titres professionnels. Tout acte médical sera effectué sous le contrôle et la responsabilité du médecin prescripteur.

Conditions médicales et administratives :

Dans tous les cas, Nous nous réservons le droit d'effectuer le contact médical préalable au missionnement de l'intervenant et de Vous réclamer le certificat médical (ou une photocopie).

Vous devrez communiquer à la personne intervenant sur place, et à Nous même, les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, afin que les services d'assistance ou l'intervenant puissent le contacter si l'état de la personne gardée l'exigeait : Vous communiquerez aussi les coordonnées des services d'urgence locaux.

La garantie "Garde " ne s'applique pas dans les cas suivants :

- maladies chroniques, maladies relevant de l'hospitalisation à domicile, les suites d'hospitalisations prévisibles.

- dans le temps : entre 19 h 00 et 8 h 00, ni les dimanches et jours fériés, ni pendant les repos hebdomadaires et congés légaux des parents bénéficiaires.

Remarque : le service "Garde " n'est pas conçu pour vos convenances personnelles.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Acheminement d'un proche », « Transfert chez un proche » et concernant les Enfants et petits-enfants de moins de 16 ans, avec la prestation « Trajet école »

5.2.3. Acheminement d'un Proche

En cas d'Hospitalisation de plus de 24 heures ou d'Immobilisation au Domicile de plus de 5 jours du Bénéficiaire, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile en France métropolitaine ou en principauté de Monaco, afin qu'elle se rende auprès de Vous et garde vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, de vos ascendants ou personne à votre charge, à votre Domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, des ascendants ou personnes dépendantes à charge », « Transfert chez un proche » et concernant les Enfants et petits-enfants de moins de 16 ans, avec la prestation « Trajet école »

5.2.4. Transfert chez un proche

Lorsque Vous vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou de vos ascendants ou des personnes dépendantes à votre charge, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, depuis son domicile en France, d'une personne désignée par vos soins, ou d'une de nos hôtesses, pour venir chercher, à votre Domicile, vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou vos ascendants ou les personnes dépendantes à votre charge lorsqu'ils sont à votre charge et les conduire chez un proche en France.

Nous prenons en charge le coût du voyage aller-retour des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou vos ascendants ou les personnes dépendantes à votre charge ainsi que celui d'un accompagnant.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, des ascendants ou personnes dépendantes à charge », « Acheminement d'un proche » et concernant les Enfants et petits-enfants de moins de 16 ans, avec la prestation « Trajet école »

5.2.5. Trajet école

Vous êtes hospitalisé plus de 24 heures ou immobilisé à votre Domicile plus de 5 jours consécutifs, Nous organisons et prenons en charge l'accompagnement de vos enfants pour un trajet aller et retour par jour ouvrable, entre votre Domicile et l'établissement scolaire (situé à moins de 25 km

de votre Domicile) dans la limite de 10 jours maximum et pour un montant maximum de 458 € TTC.

Les conditions de prise en charge des enfants nécessitent la présence d'un adulte responsable au Domicile et qu'une autorisation des parents soit donnée à l'établissement en faveur de la personne missionnée.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, des ascendants ou personnes dépendantes à charge », « Acheminement d'un proche » et « Transfert chez un proche » concernant les Enfants et petits-enfants de moins de 16 ans

5.2.6. Transport d'animaux de compagnie (chien ou chat)

A la suite de votre hospitalisation de plus de 24 heures ou de votre immobilisation de plus de 5 jours au Domicile, Vous n'êtes plus en mesure de Vous occuper de vos animaux de compagnie (chien ou chat exclusivement), Nous organisons et prenons en charge leur voyage retour jusqu'à l'établissement de garde approprié proche de votre Domicile, ou jusqu'au domicile d'un proche résidant en France.

Cette prestation est soumise au respect des conditions de transport définies par les prestataires que Nous sollicitons (vaccinations à jour...) et dans tous les cas elle sera rendue sous réserve que Vous Nous communiquiez les éléments et documents, en particulier son passeport, demandés notamment par le service des douanes ou les compagnies aériennes.

Elle ne peut être fournie que si Vous ou une personne autorisée par Vous peut accueillir le prestataire au lieu de prise en charge choisi.

Pour le transport aérien de vos animaux de compagnie, Vous devrez être muni d'une cage prévue à cet effet.

Notre prise en charge des frais de gardiennage dans un établissement de garde est limitée à 229€ TTC.

5.2.7. Aide-ménagère

En cas d'Hospitalisation imprévue de plus de 24 heures, d'Immobilisation au Domicile de plus de 5 jours, Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère à concurrence de 20 heures de travail, réparties sur les 15 premiers jours de votre Immobilisation au Domicile ou sur les 15 jours qui suivent votre retour au Domicile en cas d'Hospitalisation. La prestation est accessible dès le 1^{er} jour de votre Immobilisation ou de votre Hospitalisation (minimum de 2 heures à la fois). A défaut de la présentation des justificatifs (bulletin Nous nous réservons le droit de Vous refacturer l'intégralité de la prestation.

5.3. En cas de décès du conjoint ou concubin

5.3.1. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans

Nous organisons et prenons en charge pour venir garder vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans à votre Domicile :

La présence d'une personne qualifiée pendant 10 heures par jour maximum pendant 2 jours.

La personne que Nous enverrons au Domicile de l'enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jours fériés, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum.

Conditions d'application de cette garantie et Permanence des heures de service :

Le service "Garde d'Enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans" fonctionne du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 19 h 00 hors jours fériés. Toutefois, Vous pouvez Nous joindre 24 h/24, 7 j/ 7, afin de formuler votre demande.

Délais de mise en place :

Dès réception de votre appel, Nous mettons tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit à votre Domicile le plus rapidement possible. Toutefois, Nous nous réservons un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

Exécution du service :

Aucune dépense effectuée d'autorité par vous-même ne sera remboursée. Le personnel intervenant n'est pas compétent pour dispenser des soins autres que ceux généralement apportés par l'entourage familial aux personnes gardées ; il ne peut effectuer d'actes médicaux dépassant les compétences reconnues par ses titres professionnels. Tout acte médical sera effectué sous le contrôle et la responsabilité du médecin prescripteur.

Conditions médicales et administratives :

Dans tous les cas, Nous nous réservons le droit d'effectuer le contact médical préalable au missionnement de l'intervenant et de Vous réclamer le certificat médical (ou une photocopie).

Vous devrez communiquer à la personne intervenant sur place, et à Nous même, les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, afin que les services d'assistance ou l'intervenant puissent le contacter si l'état de la personne gardée l'exigeait : Vous communiquerez aussi les coordonnées des services d'urgence locaux.

La garantie "Garde " ne s'applique pas dans les cas suivants :

- maladies chroniques, maladies relevant de l'hospitalisation à domicile, les suites d'hospitalisations prévisibles.
- dans le temps : entre 19 h 00 et 8 h 00, ni les dimanches et jours fériés, ni pendant les repos hebdomadaires et congés légaux des parents bénéficiaires.

Remarque : le service "Garde " n'est pas conçu pour vos convenances personnelles.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Acheminement d'un proche », « Transfert chez un proche » et « Trajet école »

5.3.2. Acheminement d'un Proche

A la suite du décès de votre conjoint ou concubin, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile en France métropolitaine ou en principauté de Monaco, afin qu'elle se

rende auprès de Vous et garde vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans à votre Domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans » « Transfert chez un proche » et « Trajet école »

5.3.3. Transfert chez un proche

Lorsque Vous vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, depuis son domicile en France, d'une personne désignée par vos soins, ou d'une de nos hôtesses, pour venir chercher, à votre Domicile, vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans et les conduire chez un proche en France.

Nous prenons en charge le coût du voyage aller-retour des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ainsi que celui d'un accompagnant.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans », « Acheminement d'un proche » et « Trajet école »

5.3.4. Trajet école

Nous organisons et prenons en charge l'accompagnement de vos enfants pour un trajet aller et retour par jour ouvrable, entre votre Domicile et l'établissement scolaire (situé à moins de 25 km de votre Domicile) dans la limite de 10 jours maximum et pour un montant maximum de 458 € TTC.

Les conditions de prise en charge des enfants nécessitent la présence d'un adulte responsable au Domicile et qu'une autorisation des parents soit donnée à l'établissement en faveur de la personne missionnée.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans », « Acheminement d'un proche » et « Transfert chez un proche »

5.3.5. Transport d'animaux de compagnie (chien ou chat)

A la suite du décès de votre conjoint ou concubin, Vous n'êtes plus en mesure de Vous occuper de vos animaux de compagnie (chien ou chat exclusivement), Nous organisons et prenons en charge leur voyage retour jusqu'à l'établissement de garde approprié proche de votre Domicile, ou jusqu'au domicile d'un proche résidant en France.

Cette prestation est soumise au respect des conditions de transport définies par les prestataires que Nous sollicitons (vaccinations à jour...) et dans tous les cas elle sera rendue sous réserve que Vous Nous communiquiez les éléments et documents, en particulier son passeport, demandés notamment par le service des douanes ou les compagnies aériennes.

Elle ne peut être fournie que si Vous ou une personne autorisée par Vous peut accueillir le prestataire au lieu de prise en charge choisi.

Pour le transport aérien de vos animaux de compagnie, Vous devrez être muni d'une cage prévue à cet effet.

Notre prise en charge des frais de gardiennage dans un établissement de garde est limitée à 229€ TTC.

* Vous vivez, nous veillons

5.3.6. Aide-ménagère

A la suite du décès de votre conjoint ou concubin, Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère à concurrence de 20 heures de travail, réparties sur les 15 premiers jours suivant l'évènement. A défaut de la présentation des justificatifs, Nous nous réservons le droit de Vous refacturer l'intégralité de la prestation.

5.4. En cas de séjour en maternité de plus de 8 jours

5.4.1. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans

En cas de séjour en maternité de plus de 8 jours, Nous organisons et prenons en charge pour venir garder vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans à votre Domicile :

La présence d'une personne qualifiée pendant 10 heures par jour maximum pendant 2 jours.

La personne que Nous enverrons au Domicile de l'enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jours fériés, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum.

Conditions d'application de cette garantie et Permanence des heures de service :

Le service "Garde d'Enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans" fonctionne du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 19 h 00 hors jours fériés. Toutefois, Vous pouvez Nous joindre 24 h/24, 7 j/ 7, afin de formuler votre demande.

Délais de mise en place :

Dès réception de votre appel, Nous mettons tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit à votre Domicile le plus rapidement possible. Toutefois, Nous nous réservons un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

Exécution du service :

Aucune dépense effectuée d'autorité par vous-même ne sera remboursée. Le personnel intervenant n'est pas compétent pour dispenser des soins autres que ceux généralement apportés par l'entourage familial aux personnes gardées ; il ne peut effectuer d'actes médicaux outrepassant les compétences reconnues par ses titres professionnels. Tout acte médical sera effectué sous le contrôle et la responsabilité du médecin prescripteur.

Conditions médicales et administratives :

Dans tous les cas, Nous nous réservons le droit d'effectuer le contact médical préalable au missionnement de l'intervenant et de Vous réclamer le certificat médical (ou une photocopie).

Vous devrez communiquer à la personne intervenant sur place, et à Nous même, les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, afin que les services d'assistance ou l'intervenant puissent le contacter si l'état de la personne gardée l'exigeait : Vous communiquerez aussi les coordonnées des services d'urgence locaux.

La garantie "Garde " ne s'applique pas dans les cas suivants :

- maladies chroniques, maladies relevant de l'hospitalisation à domicile, les suites d'hospitalisations prévisibles.

- dans le temps : entre 19 h 00 et 8 h 00, ni les dimanches et jours fériés, ni pendant les repos hebdomadaires et congés légaux des parents bénéficiaires.

Remarque : le service "Garde " n'est pas conçu pour vos convenances personnelles.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Acheminement d'un proche », « Transfert chez un proche » et « Trajet école »

5.4.2. Acheminement d'un Proche

Vous séjournez plus de 8 jours en maternité, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile en France métropolitaine ou en principauté de Monaco, afin qu'elle se rende auprès de Vous et garde vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans à votre Domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans » « Transfert chez un proche » et « Trajet école »

5.4.3. Transfert chez un proche

Lorsque Vous vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, depuis son domicile en France, d'une personne désignée par vos soins, ou d'une de nos hôtesses, pour venir chercher, à votre Domicile, vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans et les conduire chez un proche en France.

Nous prenons en charge le coût du voyage aller-retour des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ainsi que celui d'un accompagnant.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans », « Acheminement d'un proche » et « Trajet école »

5.4.4. Trajet école

Nous organisons et prenons en charge l'accompagnement de vos enfants pour un trajet aller et retour par jour ouvrable, entre votre Domicile et l'établissement scolaire (situé à moins de 25 km de votre Domicile) dans la limite de 10 jours maximum et pour un montant maximum de 458 € TTC.

Les conditions de prise en charge des enfants nécessitent la présence d'un adulte responsable au Domicile et qu'une autorisation des parents soit donnée à l'établissement en faveur de la personne missionnée.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans », « Acheminement d'un proche » et « Transfert chez un proche »

5.4.5. Aide-ménagère

Si votre séjour en maternité excède 8 jours, Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère à concurrence de 20 heures de travail, la prestation est accessible dès le 1^{er} jour de votre Hospitalisation et dans un délai de 15 jours maximum suivant votre retour au Domicile (minimum de 2 heures à la fois). A défaut de la présentation des justificatifs, Nous nous réservons le droit de Vous refacturer l'intégralité de la prestation.

5.5. En cas de Maladie ou Blessure de vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans

5.5.1. Présence auprès des enfants

En cas d'Hospitalisation de plus de 48 heures consécutives et à plus de 30 km de votre Domicile, d'un enfant ou petit-enfant, Nous organisons et prenons en charge vos frais d'hôtel (chambre et petit-déjeuner) pendant 2 nuits maximum, à concurrence de 153 € TTC maximum.

5.5.2. Prise en charge des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans

5.5.2.1. Garde des frères et sœurs

Nous organisons et prenons en charge pour venir garder vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans à votre Domicile :

La présence d'une personne qualifiée pendant 10 heures par jour maximum pendant 2 jours.

La personne que Nous enverrons au Domicile de l'enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jours fériés, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum.

Conditions d'application de cette garantie et Permanence des heures de service :

Le service "Garde d'Enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans" fonctionne du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 19 h 00 hors jours fériés. Toutefois, Vous pouvez Nous joindre 24 h/24, 7 j/ 7, afin de formuler votre demande.

Délais de mise en place :

Dès réception de votre appel, Nous mettons tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit à votre Domicile le plus rapidement possible. Toutefois, Nous nous réservons un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

Exécution du service :

Aucune dépense effectuée d'autorité par vous-même ne sera remboursée. Le personnel intervenant n'est pas compétent pour dispenser des soins autres que ceux généralement apportés par l'entourage familial aux personnes gardées ; il ne peut effectuer d'actes médicaux dépassant les compétences reconnues par ses titres professionnels. Tout acte médical sera effectué sous le contrôle et la responsabilité du médecin prescripteur.

Conditions médicales et administratives :

Dans tous les cas, Nous nous réservons le droit d'effectuer le contact médical préalable au missionnement de l'intervenant et de Vous réclamer le certificat médical (ou une photocopie).

Vous devrez communiquer à la personne intervenant sur place, et à Nous même, les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, afin que les services d'assistance ou l'intervenant puissent le contacter si l'état de la personne gardée l'exigeait : Vous communiquerez aussi les coordonnées des services d'urgence locaux.

La garantie "Garde " ne s'applique pas dans les cas suivants :

- maladies chroniques, maladies relevant de l'hospitalisation à domicile, les suites d'hospitalisations prévisibles.
- dans le temps : entre 19 h 00 et 8 h 00, ni les dimanches et jours fériés, ni pendant les repos hebdomadaires et congés légaux des parents bénéficiaires.

Remarque : le service "Garde " n'est pas conçu pour vos convenances personnelles.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Acheminement d'un proche », « Transfert chez un proche » et « Trajet école »

5.5.2.2. Acheminement d'un Proche

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile en France métropolitaine ou en principauté de Monaco, afin qu'elle se rende auprès de Vous et garde vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans à votre Domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans » « Transfert chez un proche » et « Trajet école »

5.5.2.3. Transfert chez un proche

Lorsque Vous vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, depuis son domicile en France, d'une personne désignée par vos soins, ou d'une de nos hôtesses, pour venir chercher, à votre Domicile, vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans et les conduire chez un proche en France.

Nous prenons en charge le coût du voyage aller-retour des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ainsi que celui d'un accompagnant.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans », « Acheminement d'un proche » et « Trajet école »

5.5.2.4. Trajet école

Nous organisons et prenons en charge l'accompagnement de vos enfants pour un trajet aller et retour par jour ouvrable, entre votre Domicile et l'établissement scolaire (situé à

* Vous vivez, nous veillons

moins de 25 km de votre Domicile) dans la limite de 10 jours maximum et pour un montant maximum de 458 € TTC.

Les conditions de prise en charge des enfants nécessitent la présence d'un adulte responsable au Domicile et qu'une autorisation des parents soit donnée à l'établissement en faveur de la personne missionnée.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

« Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans », « Acheminement d'un proche » et « Transfert chez un proche »

5.5.3. Répétiteur scolaire

En cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours ouvrés, Nous organisons et prenons en charge l'aide pédagogique à concurrence de 10 heures par semaine.

Nous recherchons un ou plusieurs répétiteurs scolaires, à partir du 16 jours d'absence scolaire, afin d'assurer la continuité du programme scolaire de l'enfant au maximum pendant l'année scolaire en cours.

Les cours sont dispensés du Cours Préparatoire (école primaire) à la Terminale des lycées d'enseignement général dans les matières principales suivantes : français, anglais, allemand, espagnol, histoire, géographie, mathématiques, sciences naturelles, physique, chimie.

Ce ou ces enseignants sont autorisés à prendre contact avec l'établissement scolaire de l'enfant afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs le contenu du programme scolaire.

En cas d'hospitalisation de l'enfant, les cours continueront, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions, sous réserve que la Direction de l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent un accord formel en ce sens.

Cette prestation cesse à compter de la reprise des cours dans son école initiale par l'enfant bénéficiaire.

Cette garantie ne s'applique pas pour les maladies ou accident et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat, lorsque l'enfant est atteint d'une maladie préexistante diagnostiquée et/ou traitée, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance.

5.6. En cas de Maladie, suite à une hospitalisation ou en cas d'accident survenu au Domicile

5.6.1. Organisation de soins au Domicile

En cas d'immobilisation au Domicile et hors cas d'urgence, si des soins médicaux Vous ont été prescrits par un médecin, Nous pouvons Vous venir en aide 24 h/24, 7 j/7, sur simple appel téléphonique.

Nous recherchons et vous communiquons les coordonnées d'un (d'une) ou de plusieurs infirmier/ière (s) proche de votre Domicile, afin qu'il/elle se rende auprès de Vous.

Le choix du praticien vous appartient, et ses honoraires ainsi que ses frais de déplacement sont à votre charge.

6. Dispositions générales

6.1. Exclusions

6.1.1. Exclusions communes à toutes les prestations

Sont exclues les demandes consécutives :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide,
- à un incident survenu au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque Vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si Vous utilisez votre propre véhicule.
- à un sinistre survenu dans l'un des pays exclus de la garantie de la convention d'assistance ou en dehors des dates de validité de garantie, et notamment au delà de la durée de déplacement prévu à l'Etranger.

Sont également exclus :

- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou des transports primaires tels que le SAMU, les pompiers, et les frais s'y rapportant,
- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention d'assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais de franchise non rachetable en cas de location de véhicule,
- les frais de carburant et de péage,
- les frais de douane,
- les frais de restauration.

6.1.2. Exclusions spécifiques à l'assistance aux Personnes

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Outre les Exclusions communes à toutes les prestations figurant au chapitre 6.1.1., sont exclus :

- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires

locales du pays où Vous séjournerez et/ou nationale de votre pays de domicile,

- les Maladies et/ou Blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,
- l'organisation et la prise en charge du transport visé au chapitre « Transport / Rapatriement » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne Vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée et ses conséquences ou à l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant
- les cures thermales et les frais en découlant,
- les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile,
- les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,
- les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs conséquences,
- les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, ostéopathies, les frais en découlant, et leurs conséquences,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais y afférents,
- les recherches et secours de personne, notamment en montagne, en mer ou dans le désert,
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
- les frais d'annulation de voyage,

6.2. Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que :

- guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,
- recommandations de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,
- grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- délais et/ou impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e),
- recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale,
- inexistance ou indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention),

6.3. Subrogation

Après avoir engagé des frais dans le cadre de ses prestations d'assistance, Klésia Assistance est subrogée dans les droits et actions que Vous pouvez avoir contre les tiers responsables du sinistre, comme le prévoit l'article L 121-12 du Code des assurances. Notre subrogation est limitée au montant des frais que nous avons engagés en exécution du présent contrat.

6.4. Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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. »

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances :

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont décrites aux articles 2240 à 2246 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil), un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances :

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

6.5. Déchéance pour déclaration frauduleuse

En cas de sinistre ou demande d'intervention au titre des prestations d'assistance si sciemment, Vous utilisez comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexacts ou réticentes, Vous serez déchu(e) de tout droit aux prestations d'assistance prévues dans la présente convention d'assistance, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

6.6. Cumul des garanties

Si les risques couverts par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, Vous devez Nous informer du nom de l'assureur auprès duquel une autre assurance a été souscrite (article L121-4 du Code des assurances) dès que cette information a été portée à votre connaissance et au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

6.7. Réclamations – Litiges

En cas de réclamation ou de litige, Vous pourrez vous adresser au Service Remontées Clients d'Europ Assistance, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

Si le délai de traitement doit excéder les dix jours ouvrés, une lettre d'attente Vous sera adressée dans ce délai. Une réponse écrite à la réclamation sera transmise dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation initiale.

6.8. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR – 61 rue Taitbout – 75436 Paris CEDEX 09.

6.9. Informatique et Libertés

Toutes les informations recueillies par EUROP ASSISTANCE FRANCE, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex, lors de la souscription à l'un de

ses services et/ou lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que nous prenons à votre égard. A défaut de réponse aux renseignements demandés, EUROP ASSISTANCE FRANCE sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel Vous souhaitez souscrire.

Ces informations sont uniquement réservées aux services d'EUROP ASSISTANCE FRANCE en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires d'EUROP ASSISTANCE FRANCE.

EUROP ASSISTANCE FRANCE se réserve également la possibilité d'utiliser vos données personnelles à des fins de suivi qualité ou d'études statistiques.

EUROP ASSISTANCE FRANCE peut être amenée à communiquer certaines de vos données aux partenaires à l'origine de la présente garantie d'assistance.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations Vous concernant en écrivant à : Europ Assistance France - Service Remontées Clients, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

Si pour les besoins de la réalisation du service demandé, un transfert des informations Vous concernant est réalisé en dehors de l'Union Européenne, EUROP ASSISTANCE FRANCE prendra des mesures contractuelles avec les destinataires afin de sécuriser ce transfert.

Par ailleurs, les Bénéficiaires sont informés que les conversations téléphoniques qu'ils échangeront avec EUROP ASSISTANCE FRANCE pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. Ces conversations sont conservées deux mois à compter de leur enregistrement. Les Bénéficiaires pourront s'y opposer en manifestant leur refus auprès de leur interlocuteur.