



Cardif Santé

Dossier d'adhésion

Janvier 2012



Dossier d'information et d'adhésion

1. Notice relative aux prestations d'assurance	4
2. Tableau des garanties	10
3. Notice relative aux prestations optionnelles payantes	11
4. Extrait des statuts de l'Union Française d'Epargne et de Prévoyance (UFEP)	18

1. Notice relative aux prestations d'assurance

Convention d'assurance collective n°2398 à adhésion facultative souscrite par l'Union Française d'Épargne et de Prévoyance (UFEP) auprès de CARDIF Assurance Vie

LEXIQUE

- **Accident** : atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
- **Adhérent** : personne physique âgée d'au moins 18 ans (16 ans en cas d'émancipation), résidant en France Métropolitaine, affiliée à un régime obligatoire de protection sociale. Il s'acquiesce des cotisations et s'engage à respecter les obligations définies dans la présente Notice relative aux prestations d'assurance.
- **Année d'assurance** : période de douze mois consécutifs débutant à compter de la date de prise d'effet des garanties.
- **Assuré/bénéficiaire** : toute personne physique résidant en France Métropolitaine, désignée par l'Adhérent, acceptée par l'Assureur et affiliée à un régime obligatoire de protection sociale. L'Adhérent a la qualité d'Assuré.
- **Attestation Santé** : carte de tiers payant remise par l'Assureur à l'Assuré majeur et destinée à lui permettre d'éviter de devoir faire l'avance des frais santé.
- **Base de Remboursement (BR)** : tarif servant de référence au Régime Obligatoire pour déterminer le montant d'un remboursement. On parle de :
 - **Tarif de convention (TC)** 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 (TA)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec la Sécurité Sociale. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est inférieur au Tarif de Convention.
 - **Tarif de Responsabilité (TR)** pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.
- **Certificat d'adhésion** : document signé par l'Assureur sur lequel sont précisées les garanties choisies et les personnes assurées.
- **Consommation Médicale Totale** : valeur des biens et services médicaux utilisés sur le territoire national pour la satisfaction directe des besoins individuels de santé. Elle comprend la consommation de soins, de biens médicaux et de services de médecine préventive.
- **Couverture Maladie Universelle** : couverture de santé gratuite des soins par les régimes obligatoires de la Sécurité Sociale pour les personnes remplissant certains critères de faibles revenus et de lieu de résidence. Elle comprend un régime de base et une complémentaire santé.
- **Dépassement d'honoraires** : part des honoraires qui n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale.
- **Forfait** : indemnité forfaitaire versée par l'Assureur lors de la survenance d'un événement garanti ; son montant est indiqué au tableau de garanties.
- **Frais réels** : coût total des prestations indiqué sur la feuille de soins par le praticien ou sur la facture hospitalière.
- **Hospitalisation** : tout séjour dans un établissement hospitalier, privé ou public, prescrit médicalement ou nécessité par un accident, une maladie ou une maternité.
- **Maternité** : l'état de grossesse, l'accouchement, les suites de couche ainsi que les complications pathologiques de ces événements.
- **Médecin traitant** : médecin choisi par un assuré social âgé d'au moins 16 ans et déclaré comme tel, après avoir obtenu son accord, auprès de son Régime Obligatoire. A ce titre, il assure la coordination des soins de son patient.
- **Médecine douce** : Médecine alternative à la médecine traditionnellement reconnue et qui emploie d'autres approches et méthodes thérapeutiques : acupuncture, homéopathie, phytothérapie, chiropractie, ostéopathie.
- **Perte d'Emploi** : rupture involontaire du contrat de travail à durée indéterminée de l'Assuré, survenue au moins après douze mois d'activité et donnant lieu au bénéfice d'une indemnisation de la part du Pôle Emploi.
- **Régime Obligatoire** : régime d'assurance maladie auquel l'Assuré est obligatoirement rattaché en fonction de sa profession ou de sa situation personnelle.
- **Réseau ITELIS** : Réseau de professionnels de santé pratiquant des tarifs préférentiels.
- **Ticket modérateur** : somme qui correspond à la différence entre la Base de Remboursement et le remboursement effectué par le Régime Obligatoire.
- **Tiers-payant** : service dispensant l'Assuré de faire l'avance des frais, dans les limites indiquées sur l'attestation SANTE, pour :
 - les médicaments prescrits et pris en charge par le Régime Obligatoire,
 - les honoraires de radiologie,
 - les frais de biologie médicale (analyses),
 - les honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes,...),
 - les soins externes,
 - les transports.
- **UFEP** : L'UFEP est une association qui souscrit des contrats collectifs d'assurance de personne au profit de ses membres adhérents. Elle est régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 sur les associations. Ses statuts sont disponibles sur le site Internet www.ufep.fr ou peuvent être adressés sur demande au siège de l'association, 1 rue des Fondrières, 92000 Nanterre. Elle a pour objet de souscrire des contrats d'assurance vie et d'épargne retraite ou des contrats collectifs d'assurance de prévoyance. A ce titre, elle représente les intérêts collectifs des adhérents dans leurs relations avec l'Assureur.

1 Objet de l'assurance

1.1. Nature du contrat

Cardif Santé est un contrat d'assurance collective dit de « Frais de Santé » souscrit par l'UFEP (ci-après dénommée le « Souscripteur ») auprès de CARDIF Assurance vie (ci-après le « Assureur »), pour le compte de ses adhérents (contrat collectif n°2398).

Il est constitué par la présente Notice relative, la Demande d'Adhésion et le Certificat d'Adhésion, lequel mentionne les caractéristiques spécifiques de l'adhésion.

La gestion des adhésions, des prestations et du prélèvement des cotisations est confiée à Gestion Assurance SA ci-après dénommé le « Gestionnaire ».

Le réseau de santé ITELIS permet aux bénéficiaires des prestations du Contrat Cardif Santé qui recourent à un praticien adhérent audit réseau de bénéficier dans certains cas de tarifs préférentiels pour les assurés.

1.2. Objet du contrat

Le Contrat Cardif Santé garantit le remboursement des dépenses de santé, dans les conditions définies ci-après à l'article 3 de la présente Notice relative aux prestations d'assurance :

- occasionnées par un accident, une maladie ou une maternité ;
- engagées dans le cadre d'un acte de prévention ou de dépistage.

Des garanties optionnelles payantes sont également proposées par la société IMA ASSURANCES, conformément à l'article 3.2 de la présente Notice relative aux prestations d'assurance.

1.3. Personnes couvertes

Sont garanties les personnes physiques définies à l'article 2 de la présente Notice relative aux prestations d'assurance désignées par l'Adhérent dans la Demande d'Adhésion et acceptées par l'Assureur.

1.4. Caractère responsable et solidaire du contrat

Cardif Santé est un contrat dit responsable au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale. Il en résulte que ne sont pas pris en charge la participation forfaitaire (PFH), le dépassement d'honoraires maximum autorisé, et assimilé, l'augmentation du ticket modérateur, appliqués en cas de non-respect du parcours de soins coordonné mis en place sur le territoire français, ainsi que la franchise médicale prévue par la loi de financement de la Sécurité Sociale 2008, au titre des médicaments, des actes paramédicaux et des transports sanitaires.

Cardif Santé est également un contrat dit solidaire. A ce titre, les bénéficiaires ne sont soumis à aucun questionnaire médical.

1.5 Conditions d'admission

Pour pouvoir adhérer à Cardif Santé, l'Adhérent doit être âgé d'au moins 18 ans (16 ans en cas d'émancipation) et de moins de 81 ans à la date de signature de la Demande d'adhésion, résider en France Métropolitaine et être affilié à un régime obligatoire de protection sociale.

2. Assurés au titre du contrat

2.1 L'Adhérent

Toute personne physique âgée d'au moins 18 ans, résidant en France Métropolitaine, affiliée à un régime obligatoire de protection sociale.

2.2 Les bénéficiaires

Sont garanties les personnes physiques désignées par l'Adhérent et acceptées par l'Assureur.

Il s'agit :

- Du conjoint, du partenaire lié par un PACS ou du concubin de l'Adhérent, pris en charge par un régime de Sécurité Sociale à titre personnel ou à titre d'ayant droit de l'Adhérent.
- Des enfants légitimes, naturels, reconnus ou non adoptifs ou recueillis,

à charge de l'Adhérent lui-même ou de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, pris en charge par un régime de Sécurité Sociale à titre personnel ou à titre d'ayant droit, jusqu'à l'échéance de l'année d'assurance qui suit ses 25 ans.

- Des enfants sans limite d'âge qui sont dans l'impossibilité permanente de travailler du fait d'une invalidité ou d'une maladie chronique.
- Des ascendants de l'Adhérent, de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou de son concubin, vivants sous le même toit depuis plus de 12 mois.

L'Assureur se réserve le droit de demander à l'Adhérent à tout moment de lui adresser les justificatifs de la qualité d'assuré, telle que définie ci-dessus, des personnes désignées comme tel sur le Certificat d'Adhésion (extrait des informations administratives contenues dans la carte vitale, dernier avis d'imposition, copie du contrat de PACS, certificat de scolarité et attestation sur l'honneur).

3. Nature des garanties

3.1 Les niveaux de garantie

L'Adhérent bénéficie, au choix, de l'un des cinq niveaux de garanties répartis comme il le souhaite entre les quatre postes de soins suivants (conformément au tableau de garanties figurant en annexe de la présente Notice relative aux prestations d'assurance) :

- soins courants, pharmacie, appareillage, médecine douce
- hospitalisation et maternité
- optique
- dentaire

Le niveau de garanties est le même pour l'ensemble des bénéficiaires désignés comme tels par l'Adhérent sur son Certificat d'Adhésion au présent contrat.

3.2 Les packs optionnels

L'Adhérent peut adhérer à l'un des trois packs optionnels payants suivants (conformément à la notice relative aux prestations optionnelles payantes) :

Pack Tribu

- Ecoute et informations pendant la grossesse.
- Service « Informations Enfance » : informations sur les maladies, les traitements, l'allaitement, les modes de garde de l'enfant.
- Services à domicile après une naissance : en cas de naissance multiple ou d'hospitalisation prolongée. (aide ménagère, travailleuse familiale, garde des aînés).
- Coaching nutrition ado : des diététiciennes diplômées d'Etat conseillent et coachent les adolescents en cas de surpoids ou d'anorexie.
- Coaching jeune maman : pour tout problème de poids suite à une grossesse, des diététiciennes conseillent et coachent.
- Casse des lunettes de l'enfant de moins de 16 ans (médicalement prescrites) : 50 € supplémentaires remboursés par an en cas de consommation totale du forfait optique, sur justificatifs (décompte émis par la Sécurité Sociale et attestation de l'opticien précisant qu'il s'agit d'une casse).

Pack Voyage

- Rapatriement en cas d'hospitalisation, de maladie ou d'accident à l'étranger.
- Avance jusqu'à 30 000 € pour les frais médicaux imprévisibles (chirurgie, consultations, médicaments,) et prise en charge jusqu'à 4 600 €.
- Deuxième avis médical à distance qui comprend diagnostic et recommandations de médecins.
- Frais de secours en montagne : en cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, prise en charge des frais de secours à hauteur de 200 €.

Pack Hospi

Service à domicile après ou en cas d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation :

- en cas d'accident ou de maladie :
 - recherche et envoi d'un médecin
 - envoi d'une ambulance
 - livraison de médicaments à domicile
- en cas d'hospitalisation supérieure à 5 jours ou 8 jours de maternité :
 - aide-ménagère
 - visite d'un membre de la famille
- en cas d'hospitalisation supérieure à 24 h :
 - garde des enfants/ascendants dépendants/ des animaux domestiques
 - conduite des enfants à l'école et aux activités scolaires
- en cas d'hospitalisation/immobilisation des enfants suivant la durée :
 - garde des autres enfants
 - répétiteur scolaire

Les packs sont choisis par l'Adhérent lors de l'adhésion au Contrat Cardif Santé ou, s'il n'en a pas fait la demande lors du renouvellement de l'année d'assurance. Ils s'entendent sur une année pleine d'assurance.

3.3 Les services compris dans « Mes+ »

Le contrat Cardif Santé prévoit également des prestations gratuites incluses dans le contrat :

« Mes+ » sont composés :

- De l'e-conciergerie : prise de rendez-vous ou mise en relation avec un professionnel de santé ou centre « bien être »* (cure thermique, spa, salle de sport...);
- De la géolocalisation et d'un accès à des réseaux professionnels agréés ;
- D'information remboursement sur un espace web sécurisé ;
- Du palmarès des établissements hospitaliers accessible par téléphone**.

*Prestation illimitée via l'espace web de l'Assuré et limitée à un rendez-vous ou une mise en relation par mois et par assuré via la plateforme téléphonique de l'e-conciergerie.

**IMA Assurances s'engage, en s'appuyant sur une ou plusieurs bases de données nationales, hors urgence, à renseigner par téléphone tout adhérent au Contrat Cardif Santé désireux d'obtenir le niveau de classement d'un établissement hospitalier, pour une spécialité médicale ou chirurgicale donnée, par région et en France Métropolitaine.

4. Description des garanties

4.1. Conditions préalables

Pour être prises en charge par l'Assureur, les dépenses de santé doivent :

- être effectuées pendant la durée du présent contrat ;
- avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par le Régime Obligatoire sauf si la formule souscrite prévoit la prise en charge de dépenses non remboursées par le Régime Obligatoire, (conformément à l'article 4.2. de la présente Notice relative aux prestations d'assurance) ;
- avoir été effectuées en France (ou à l'étranger si le séjour ne dépasse pas 3 mois consécutifs).

Les prestations de l'Assureur sont :

- exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement ou forfaitairement ou aux frais réels.
- plafonnées selon le niveau de garantie choisi (conformément aux tableaux de garanties figurant en annexe de la présente Notice relative aux prestations d'assurance) et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes. Dans tous les cas, le cumul des remboursements obtenus ne peut excéder le montant de la dépense réelle.
- calculées sur la base du Tarif de Convention, même lorsque le remboursement du Régime Obligatoire s'est effectué sur la base du Tarif d'Autorité. Dans ce dernier cas, la différence entre le remboursement du Régime Obligatoire calculé sur la base du Tarif de Convention et le remboursement du Régime Obligatoire calculé sur la base du Tarif d'Autorité reste à la charge de l'Assuré.

Les forfaits (en matière d'optique et de dentaire s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité Sociale), les limites et plafonds annuels s'entendent par bénéficiaire. Ils ne peuvent être ni dépassés, ni reportés d'une année d'assurance sur l'autre.

4.2. Dépenses couvertes

4.2.1. Hospitalisation médicale, chirurgicale ou maternité

- Les frais de transport, de séjour (y compris les frais de séjour en établissement psychiatrique ou au sein d'un service psychiatrique), les honoraires et soins, le forfait journalier hospitalier (qui est limité à 90 jours en cas d'hospitalisation psychiatrique).
- Le supplément dû au titre d'une chambre particulière, les frais de lit d'accompagnant pour les mineurs de moins de 16 ans, les frais de télévision et la cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale.
- Si les garanties souscrites le prévoient, le forfait naissance (versement d'une allocation forfaitaire au père ou à la mère en cas de naissance, à condition qu'ils soient assurés au titre du présent contrat). La déclaration doit être effectuée dans les 90 jours suivant la naissance auprès du Gestionnaire afin que celui soit versé à l'Adhérent. En cas de naissance multiple, le forfait peut être doublé ou triplé.

4.2.2. Frais médicaux

Les honoraires des médecins généralistes et des spécialistes, des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, podologues et orthoptistes) ainsi que leurs actes, les analyses médicales, la radiologie (ADE/ADI), la pharmacie (médicaments remboursés par le Régime Obligatoire), les prothèses auditives et les appareillages (pansements, accessoires, orthopédie).

4.2.3. Dépenses non remboursées par le Régime Obligatoire

Si les garanties souscrites le prévoient, les honoraires des homéopathes, des ostéopathes, des phytothérapeutes, chiropracteurs, acupuncteurs non pris en charge par le Régime Obligatoire, les médicaments prescrits et non remboursés par le Régime Obligatoire, les pilules contraceptives non remboursées et les préservatifs.

4.2.4. Frais dentaires

- Les soins dentaires acceptés par le Régime Obligatoire.
- Si les garanties souscrites le prévoient, les prothèses acceptées par le Régime Obligatoire et celles non remboursables par le Régime Obligatoire, les traitements d'orthodontie acceptés ou non par le Régime Obligatoire, les Inlays/Onlays ainsi que les actes de parodontologie (traitement des gencives) et implantologie.

4.2.5. Frais d'optique

Si les garanties souscrites le prévoient, les verres, les montures, les lentilles de contact acceptées ou non par le Régime Obligatoire ainsi que les frais de chirurgie réfractive (opération de la myopie au laser) ou presbytie.

4.2.6. Prestations de prévention

La prise en charge à hauteur de 100 % de la participation de l'Assuré de toutes les prestations de préventions prioritaires au regard des objectifs de santé publique.

4.3. Dépenses non couvertes

L'Assureur ne garantit pas le remboursement des Frais résultant :

- de soins effectués antérieurement à la date de l'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- de séjours en cours à la date d'adhésion dans tous types d'établissements ;
- de cures de sommeil, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication ainsi que leurs suites ;
- de chirurgie esthétique et les actes esthétiques non consécutifs à une maladie ou à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de l'organisme assureur indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du régime de base de l'Assuré ;

- de traitements des affections psychiatriques, y compris psychothérapie, psychanalyse, séances de relaxation ou de psychopédagogie, lorsque ces frais ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire de l'Assuré ;
- d'un séjour en établissement spécialisé qui ne fait pas suite à une hospitalisation ;
- d'un séjour en établissement non hospitalier ;
- d'un séjour en service de gérontologie, de gériatrie ;
- d'un séjour en établissement, maison, centre ou service de long séjour ;
- d'un séjour en établissement, maison, centre ou service de lutte contre les maladies mentales, contre l'alcoolisme et la toxicomanie ;
- d'un séjour en maison d'enfants à caractère sanitaire ;
- d'un séjour en établissement de cure, à l'exception des cures thermales prises en charge par le Régime Obligatoire de l'Assuré et lorsque les garanties le prévoient ;
- d'actes médicaux, de médicaments ou d'appareillages non pris en charge par la Régime Obligatoire, sauf si les garanties souscrites le prévoient ;
- de la majoration de la participation financière correspondant à la baisse du taux de remboursement du Régime Obligatoire en cas de non respect du parcours de soins de l'Assuré (cf. l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale) ou de refus d'accès au dossier médical de l'Assuré (cf. l'article L. 161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale) ;
- de dépassements d'honoraires motivés par une exigence particulière de temps ou de lieu, autres que les majorations de dimanche, de nuit ou indemnités de déplacement conventionnellement admises ;
- des dépassements d'honoraires que pratiquent certains médecins spécialistes lorsque la consultation est faite sans prescription préalable du médecin traitant et hors d'un protocole de soins (cf. l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité Sociale) ;
- d'un séjour dans un centre ou une unité de long séjour pour personnes âgées, d'un séjour en institut médico-pédagogique ou en maison d'enfants à caractère sanitaire ;
- d'actes ou de traitements en vue de la désintoxication des alcooliques et des toxicomanes ;
- de la contribution forfaitaire à la charge de l'Assuré (de 1 € au 1^{er} janvier 2009) ;
- de l'application des franchises médicales telles que prévues aux articles L. 322-2 et D. 322-5 à D. 322-9 du Code de la Sécurité Sociale.

Ne sont pas non plus couvertes les dépenses occasionnées par un accident résultant :

- des faits intentionnels de l'Assuré ;
- de l'usage par l'Assuré de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- d'une guerre civile et étrangère ;
- de la participation active de l'Assuré à un crime, un délit intentionnel ou une rixe, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que tous ceux dus aux effets de radiations provoquées par l'accélération artificielles de particules.

4.4. Délai de reconstitution des droits

Les droits tels que mentionnés dans la grille des garanties figurant en annexe de la présente Notice relative aux prestations d'assurance sont reconstitués au lendemain de chaque année d'assurance.

4.5. Conditions de prise en charge

4.5.1. Justificatifs nécessaires au remboursement

- **Dépenses de santé remboursées par le Régime Obligatoire** : les comptes des prestations, lorsqu'ils n'ont pas déjà été transmis directement par le Régime Obligatoire à l'Assureur, ainsi que toute pièce justificative des dépenses réelles telles que les factures détaillées ou les notes d'honoraires précisant la nature de l'acte et la qualification précise du praticien.
- **Dépenses de santé non remboursées par le Régime Obligatoire** : la prescription médicale ainsi que toute pièce justificative des dépenses réelles

telles que les factures détaillées ou les notes d'honoraires précisant la nature de l'acte et la qualification précise du praticien.

- **Naissance** : l'acte de naissance.

L'Adhérent dispose d'un délai de deux ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à prestation de l'Assureur pour transmettre au Gestionnaire sa/ses demande(s).

La(es) demande(s) de remboursement doit (vent) être adressée(s) à :

CARDIF SANTÉ

TSA 93000

92679 COURBEVOIE CEDEX

Le règlement des prestations ne peut pas intervenir au crédit d'un compte bancaire ouvert auprès d'un établissement établi aux Etats-Unis.

4.5.2. Renseignements complémentaires

L'Assureur se réserve le droit de se livrer à toute enquête et de réclamer des documents complémentaires. En outre, pour apprécier le bien fondé de la mise en jeu des garanties, l'Assureur se réserve, à ses frais, le droit de soumettre l'Assuré à un examen médical auprès d'un médecin indépendant qu'il désignera à cet effet. L'Assuré a néanmoins la possibilité de se faire assister du médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son propre médecin traitant. **En cas de refus, l'Assuré sera considéré comme ayant renoncé au bénéfice de l'assurance.**

4.6. Recours de l'Assureur (subrogation)

Conformément à l'article L 121-12 du Code des Assurances, l'Assureur peut réclamer au tiers responsable d'un sinistre le remboursement des sommes qu'il a préalablement payées à l'Assuré.

5. Adhésion et modification du contrat

5.1. Niveau des garanties

Le niveau des garanties est le même pour l'ensemble des bénéficiaires désignés comme tels par l'Adhérent sur son Certificat d'Adhésion.

5.2. Conclusion de l'adhésion et prise d'effet des garanties

L'adhésion est conclue à la date de signature de la Demande d'adhésion. **Les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement effectif par le Gestionnaire de la première cotisation ou fraction de cotisation :**

- soit à l'expiration d'un délai de renonciation de 18 jours calendaires révolus courant à compter de la date de signature de la Demande d'Adhésion à Cardif Santé ;
- soit à la date de signature de la Demande d'Adhésion si l'Adhérent en a fait la demande expresse.
- soit à la date demandée par l'Adhérent et indiquée sur la Demande d'Adhésion, sans que cette dernière puisse être antérieure à 18 jours suivant la date de signature de ladite demande d'adhésion ou être postérieure à la date d'échéance de validité de l'offre également indiquée sur la Demande d'adhésion.

L'Adhérent manifeste ce choix par écrit sur la Demande d'Adhésion.

5.3. Modification du contrat

5.3.1 En cas de modification du niveau de garantie

Si l'Adhérent souhaite augmenter ou diminuer son niveau de garanties, il doit adresser au Gestionnaire une demande de modification. Les modifications prennent effet à la date anniversaire du contrat, sous réserve de l'encaissement par le Gestionnaire de la première cotisation ou fraction de cotisation correspondante.

5.3.2 En cas d'arrivée d'un nouveau-né

Si le nouvel assuré est un nouveau-né, la déclaration doit être effectuée dans les 90 jours suivant sa naissance auprès du Gestionnaire pour que les garanties prennent effet rétroactivement au jour de sa naissance. Si la déclaration a lieu plus de 90 jours après sa naissance, les garanties prennent effet à la date de réception de la demande, sous réserve de l'encaissement par le Gestionnaire de la première cotisation ou fraction de cotisation correspondante.

5.3.3 En cas de modification de la structure familiale et de perte d'emploi

En cas de mariage, de divorce, de décès, de naissance, de détachement d'un enfant du foyer fiscal ou de perte d'emploi, l'Adhérent doit adresser au Gestionnaire une demande de modification. Les modifications prennent effet à la date de la demande, sous réserve de l'encaissement par le Gestionnaire de la première cotisation ou fraction de cotisation correspondante.

Dans ce cas, la modification fera l'objet d'un avenant au contrat. Le montant de la cotisation est ajusté en conséquence.

La modification des garanties liée au changement de la structure familiale et de perte d'emploi s'applique à l'ensemble des bénéficiaires du Contrat Cardif Santé.

5.4. Durée du contrat

Le contrat est conclu pour une durée d'un an à compter de la date de prise d'effet des garanties.

Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

5.5. Droit de renonciation

L'Adhérent bénéficie en toutes hypothèses d'une faculté de renonciation pendant un délai contractuellement fixé à 18 jours à compter de la date de conclusion du contrat telle que définie à l'article 5.2 de la présente Notice relative aux prestations d'assurance.

Conformément à l'article L 112-9 du Code des Assurances:

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou à un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à la faculté d'y renoncer, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Modèle de lettre à adresser au Gestionnaire à l'adresse suivante :

CARDIF SANTE

TSA 93000

92679 COURBEVOIE CEDEX

« Je, soussigné (M. /Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon Adhésion au Contrat Cardif Santé n°2398. Le (date) Signature. »

Le jour de la conclusion du Contrat Cardif Santé correspond à la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 5.2 de la présente Notice relative aux prestations d'assurance.

L'Assureur rembourse à l'Adhérent l'intégralité des sommes éventuellement versées dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de la lettre, le contrat et les garanties prennent fin.

5.6. Déclaration du risque

5.6.1. À l'Adhésion

Le contrat et sa tarification sont établis sur la base des déclarations de l'Adhérent, pour lui-même et les personnes qu'il souhaite assurer. L'Adhérent doit répondre précisément aux questions posées par l'Assureur.

5.6.2. En cours de contrat

L'Adhérent doit déclarer, dans un délai de quinze jours, tout changement de situation ayant une influence directe sur les garanties (changement de situation familiale, changement de régime social, changement d'adresse).

Lorsque ce changement emporte une aggravation du risque non liée à l'état de santé de l'Assuré, l'Assureur a la faculté de proposer une nouvelle cotisation.

De même, lorsque ce changement entraîne une disparition des circonstances aggravantes mentionnées au contrat, l'Adhérent peut demander une diminution de sa cotisation. En cas de refus de l'Assureur de diminuer en conséquence la cotisation, l'Adhérent a la faculté de résilier son contrat. Cette dernière prend alors effet trente jours après la date de réception de sa demande.

5.7. Conséquences en cas de déclarations inexactes

Toute réticence, omission, inexactitude ou fausse déclaration intentionnelle, lors de l'adhésion ou en cours de contrat, peut entraîner la nullité ou la résiliation de celui-ci, ainsi que la réduction des indemnités conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.

6. Cotisation

6.1. Modalités de paiement

Le paiement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique et est payable d'avance. A ce titre, l'Adhérent sélectionne une périodicité (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle) et un jour du prélèvement (le 5 ou 15 de chaque mois).

La cotisation est prélevée par le Gestionnaire qui la reverse à l'Assureur. Le montant de la cotisation et la date de prélèvement de la première cotisation est indiquée sur le Certificat d'Adhésion et sur la Demande d'adhésion.

Toutefois l'Adhérent a la possibilité de régler en une seule fois l'intégralité de la cotisation annuelle par chèque à l'ordre de Cardif Assurance Vie.

La cotisation est gratuite à partir du 3^{ème} enfant de moins de 18 ans.

Le paiement de la cotisation ne peut pas intervenir au débit d'un compte bancaire ouvert auprès d'un établissement établi aux Etats-Unis.

6.2. Retard ou défaut de paiement

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'Adhérent une lettre recommandée, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, si 40 jours après son envoi, la ou les cotisation(s) ou fraction de cotisation due(s) n'est (ne sont) toujours pas payée(s), l'Adhérent sera exclu du contrat.

La résiliation du contrat ne fait pas obstacle à toute procédure de recouvrement par l'Assureur des cotisations restant dues par l'Adhérent.

6.3. Évolution annuelle de la cotisation

Le montant de la cotisation est modifié au terme de l'année d'assurance, en fonction :

- de l'âge de chaque bénéficiaire, déterminé par l'âge acquis au terme de l'année d'assurance ;
- de l'évolution de la Consommation Médicale Totale constatée au terme de l'année d'assurance ;
- des résultats techniques de l'ensemble du contrat au terme de l'année d'assurance.

L'Adhérent dispose d'un délai d'un mois pour refuser la modification du montant de sa cotisation et résilier son adhésion. Ce délai court à compter du jour de la date de l'envoi de l'information de la modification tarifaire. (conformément à l'article 7.1 de la présente Notice relative aux prestations d'assurance).

Le montant de la cotisation peut également être modifié à l'échéance du prélèvement des cotisations qui suit l'entrée en vigueur d'une réforme de la réglementation à laquelle le contrat est assujéti telles que, notamment,

la modification de la base ou du taux de remboursement de la Sécurité Sociale ou la modification des taxes et/ou autres prélèvements. Dans ce cas, l'Adhérent dispose d'un délai d'un mois, à compter du jour où il a été informé de la modification du montant de l'échéance de sa cotisation, pour refuser cette dernière et procéder à la résiliation anticipée de son adhésion.

Le montant de la cotisation peut également être modifié en cas de modification du contrat (conformément à l'article 5.3 de la présente Notice relative aux prestations d'assurance) ou en cas de changement de situation entraînant une modification du risque de l'Adhérent (conformément à l'article 5.6.2 de la présente Notice relative aux prestations d'assurance).

7. Résiliation

7.1. Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

L'Adhérent peut résilier son Contrat Cardif Santé au terme de l'année d'assurance par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception en respectant un préavis d'un mois minimum, le cachet de La Poste faisant foi. Elle prend effet à la fin du mois civil suivant le dernier prélèvement au plus tôt à la fin du mois civil suivant le prélèvement qui suit l'envoi de la demande de résiliation.

Cette dernière doit être envoyée au Gestionnaire à l'adresse suivante :

**CARDIF SANTE
TSA 93000
92679 COURBEVOIE CEDEX**

L'Adhérent peut également résilier son Contrat Cardif Santé :

- en cas de survenance de l'un des événements prévus à l'article L. 113-16 du Code des Assurances, sous réserve que celui-ci ait une incidence directe sur les risques garantis, tels que :
 - le changement de domicile,
 - le changement de situation matrimoniale,
 - le changement de régime social,
 - le changement de profession,
 - la retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité professionnelle,
 - l'adhésion à un contrat collectif obligatoire d'entreprise,
 - le bénéfice de la CMUC.

Dans ces cas, la résiliation du contrat doit être effectuée par lettre recommandée avec avis de réception, dans les trois mois suivant la date de l'événement.

La résiliation prend effet un mois civil après réception du courrier de résiliation par l'Assureur. Le cas échéant l'Assureur remboursera la fraction de cotisation qui aurait été indûment perçue. L'Assureur se réserve la possibilité de demander toutes pièces justificatives relatives aux changements de situation susvisés :

- En cas de modification du risque, conformément au paragraphe 5.6.2. de la présente Notice relative aux prestations d'assurance,
- En cas de révision de la cotisation prévue au paragraphe 6.3 de la présente Notice relative aux prestations d'assurance.

La résiliation prend effet un mois civil après réception par l'Assureur de la demande de l'Adhérent faite par lettre simple ou recommandée, par fax ou par mail. Pendant cette période, la cotisation est due et est calculée sur la base de l'ancien tarif. Le cas échéant l'Assureur remboursera la fraction de cotisation qui aurait été indûment perçue.

7.2. Résiliation à l'initiative de l'Assureur

L'Assureur peut résilier le Contrat Cardif Santé :

- **En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation, selon les modalités prévues au paragraphe 6.2.**
 - **En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque, prévue par l'article L 113-9 du Code des assurances, la résiliation prend effet dix jours après sa notification à l'Adhérent par lettre recommandée.**
- En cas de résiliation de la convention d'assurance collective n°2398 souscrite par l'UFEP, l'Assureur s'engage à maintenir à ses adhérents, sous réserve du paiement des primes ou cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, le remboursement ou l'indemnisation**

des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. L'Adhérent sera informé 3 mois avant la date de résiliation de la convention d'assurance collective par lettre recommandée.

7.3. Résiliation de plein droit

En cas de décès de l'Adhérent, la résiliation intervient le lendemain du décès.

Toutefois, si d'autres assurés sont garantis, le contrat est maintenu jusqu'au terme de l'Année d'assurance, sous réserve du paiement de la cotisation due pour l'année d'assurance considérée. Un nouveau contrat leur sera alors proposé.

7.4. Conséquences de la résiliation sur le paiement des prestations

Les garanties cessent le jour de la prise d'effet de la résiliation. Les soins postérieurs à la date de résiliation ne font pas l'objet d'une prise en charge. Toutefois la résiliation ou le non renouvellement du contrat ou de la convention d'assurance collective n°2398 est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées acquises ou nées durant son exécution.

Toutes les cartes ou attestations remises par l'Assureur relatives au Tiers-payant doivent être restituées immédiatement. Toute utilisation desdites cartes ou attestations, postérieure à la date d'effet de la résiliation, peut donner lieu à des poursuites judiciaires de la part de l'Assureur. Les prestations qui auraient été indûment perçues devront être remboursées à l'Assureur.

7.5. Modalités de la résiliation

La résiliation doit être effectuée par lettre recommandée avec avis de réception. Elle est expédiée au dernier domicile connu de l'Adhérent en cas de résiliation de la part de l'Assureur, et à l'adresse du Gestionnaire : CARDIF SANTE, TSA 93000, 92679 COURBEVOIE CEDEX si c'est l'Adhérent qui est à l'initiative de la résiliation.

Les délais courent à partir de sa date d'envoi, le cachet de La Poste faisant foi.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

8. Territorialité du contrat

Le contrat prend en charge les frais médicaux chirurgicaux et/ou d'hospitalisation lors d'un séjour de moins de 3 mois consécutifs dans le monde entier dès lors que ces frais donnent lieu à des prises en charge par le Régime Obligatoire.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

9. 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;*

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

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

Conformément à l'article L 114-2 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. »

Conformément à l'article L 114-3 du Code des Assurances, « Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties du 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. »

10. Généralités

10.1. Confidentialité des informations

Si, à l'occasion de l'adhésion du contrat ou lors de remboursement de frais de santé, l'Assureur et/ou le Gestionnaire sont amenés à recueillir ou à traiter des informations en rapport avec l'état de santé des Assurés, ces données seront gardées strictement confidentielles.

En particulier, elles ne pourront faire l'objet d'aucune transmission à des fins commerciales.

10.2. Informatique et Libertés

Dans le cadre de la relation d'assurance, l'Assureur est amené à recueillir auprès de l'Adhérent des données personnelles protégées par la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés.

Par ailleurs, l'Assureur peut être amené à recueillir auprès de l'Adhérent des données personnelles des autres assurés au contrat.

Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences à l'égard de l'Adhérent d'un défaut de réponse sont précisés lors de leur(s) collecte(s).

Le responsable du traitement de ces données personnelles est l'Assureur qui les utilise principalement pour les finalités suivantes, dans le strict respect du secret médical : gestion de la relation d'assurance, animation commerciale, prospection et études statistiques, enquêtes et sondages, évaluation du risque, prévention de la fraude, recouvrement et lutte contre le blanchiment d'argent. L'Assureur pourra adresser des propositions commerciales à l'Adhérent après accord préalable de ce dernier. L'Adhérent pourra à tout moment s'opposer à recevoir de nouvelles propositions commerciales en contactant l'Assureur à l'adresse indiquée ci-dessous.

A ce titre, l'Adhérent est informé que les données personnelles le concernant et celles concernant les autres assurés au contrat peuvent être transmises :

- aux établissements et sous-traitants liés contractuellement avec l'Assureur pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites précédemment ;
- aux partenaires commerciaux de l'Assureur qui interviennent dans la réalisation d'un produit ou un service souscrit par l'Adhérent aux seules fins d'exécution de leurs obligations contractuelles vis-à-vis de celui-ci ou de l'Assureur ;
- aux sociétés du Groupe BNP Paribas au sens de l'article L 233-3 du Code de Commerce, en cas de mise en commun de moyens ;
- à des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à l'Assureur ;
- vers des pays non membres de l'Union Européenne lorsque l'exécution du contrat le nécessite.

L'Adhérent accepte que ses conversations téléphoniques avec un conseiller puissent être écoutées à des fins d'amélioration de la qualité de service et de la formation des conseillers.

Enfin, toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude.

L'ensemble de ces données peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime, dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. A cet effet, l'Adhérent et les autres assurés peuvent obtenir une copie des données personnelles les concernant par courrier adressé au Service Relations Client France - SH 944 - Prévoyance - 8, rue du Port 92728 Nanterre cedex en joignant à leur(s) demande(s) la copie d'un justificatif d'identité comportant leur(s) signature(s).

10.3. Demandes d'informations et réclamations

- Toute réclamation concernant l'assurance peut être exercée à l'adresse des bureaux de :

CARDIF SANTE
TSA 93000
92679 COURBEVOIE CEDEX

- En cas de désaccord sur la réponse donnée et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, l'Assuré peut solliciter l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA), personne indépendante de l'Assureur, sans préjudice pour l'Assuré d'exercer une action en justice. Les conditions d'accès à ce médiateur sont disponibles sur simple demande à :

CARDIF Assurance Vie
Département Santé
8, rue du Port
92728 Nanterre Cedex

- L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur :

Autorité de Contrôle Prudentiel
61, rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09

10.4. Langue du contrat

La langue utilisée pour la conclusion et l'exécution du contrat est le français. Les relations précontractuelles et le présent contrat sont régis par le droit français. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

10.5. Fonds de garantie

Le cas échéant, l'Assuré bénéficie au titre de la présente convention du Fonds de Garantie des assureurs de personnes, dans les limites de la réglementation applicable.

Registre des Intermédiaires d'assurance (Orias) librement accessible au public sur le site www.orias.fr - 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris cedex 09.

2. Annexes à la Notice

Tableau de garanties

Soins courants / Pharmacie / appareillage		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	
Honoraires Généralistes (1)		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	
Honoraires Spécialistes (1)		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	
Analyses (1)		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	
Radiologie (1)		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	
Auxiliaires médicaux (infirmier, kiné...) (2)		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	
Pharmacie : Vignettes blanches (2)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Pharmacie : Vignettes bleues (2)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Pharmacie : Vignettes oranges (2)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
« Forfait Pilules non remboursées / préservatifs / pharmacie prescrite non remboursée »		-	25 € / an	50 € / an	75 € / an	100 € / an	
« Forfait Médecine douce : homéopathes / ostéopathes / phytothérapeutes / chiropracteurs / acupuncteurs »		-	50 € / séance (maxi 2 séances / an)	50 € / séance (maxi 3 séances / an)	50 € / séance (maxi 4 séances / an)	50 € / séance (maxi 5 séances / an)	
Appareillage (pansements, accessoires, orthopédie...)		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	
Audioprothèse		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	
Hospitalisation / Maternité		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	
Forfait journalier hospitalier*		100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	
Frais de Transport** (2)		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	
Frais de séjour		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	
Honoraires		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	
Forfait naissance		-	125 € / naissance	150 € / naissance	200 € / naissance	300 € / naissance	
Frais de télévision		5 € / jour pendant 15 jours	5 € / jour pendant 15 jours	5 € / jour pendant 15 jours	5 € / jour pendant 15 jours	5 € / jour pendant 15 jours	
Chambre particulière		20 € / jour	25 € / jour	50 € / jour	75 € / jour	100 € / jour	
Lit d'accompagnement pour un enfant de moins de 16 ans hospitalisé		10 € / jour	15 € / jour	25 € / jour	35 € / jour	45 € / jour	
Cure thermale acceptée par le Régime Obligatoire		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	
* en cas d'hospitalisation psychiatrique, limitation à 90 jours / an ** y compris transport au titre des soins de ville							
Optique		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	
Monture + verres unifocaux							
Lentilles acceptées ou refusées		50 € / an	100 € / an	150 € / an	200 € / an	300 € / an	
Chirurgie réfractive							
Majoration pour les verres progressifs		+ 50 € / an	+ 50 € / an	+ 50 € / an	+ 100 € / an	+ 100 € / an	
Dentaire		Niveau 0***	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Soins dentaires		100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Prothèses remboursées		-	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Prothèses non remboursables		-	-	50 € / acte	100 € / acte	150 € / acte	200 € / acte
Plafond annuel par bénéficiaire pour les prothèses remboursées et non remboursables		-	150 € / an Les prothèses non remboursables ne sont pas prises en charge	250 € / an	500 € / an	1000 € / an	1250 € / an
Inlays/Onlays		100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire		100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Orthodontie refusée par le Régime Obligatoire		-	-	-			
Implant racine		-	-	-	250 € / an	500 € / an	750 € / an
Parodontologie (traitement des gencives)		-	-	-			
*** garanties incluses en cas de décochage du poste Dentaire							

(1) acte soumis à la participation forfaitaire maintenue à la charge de l'Assuré conformément à l'article L.322-2-II du Code de la Sécurité Sociale.

(2) acte soumis à la franchise médicale maintenue à la charge de l'Assuré conformément à l'article L.322-2-II du Code de la Sécurité Sociale.

Le total des remboursements de Cardif Santé, du Régime Obligatoire et de tout autre organisme complémentaire, ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

3. Notice relative aux prestations optionnelles payantes

La présente Notice relative aux prestations d'assistance du Contrat Cardif Santé précise le contenu et les limites des prestations optionnelles payantes commercialisées auprès des clients Cardif Assurance Vie ayant adhéré au Contrat Cardif Santé.

Les prestations optionnelles payantes, définies ci-après, sont fournies par :

IMA ASSURANCES S.A. au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré. Entreprise immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort Entreprise régie par le Code des Assurances au numéro 481 511 632 Siège social : 118, avenue de Paris, 79 000 Niort, conformément à la convention conclue entre Cardif Assurance Vie et **IMA ASSURANCES**.

Les Assurés bénéficient des prestations optionnelles de manière payante dès leur adhésion au Contrat Cardif Santé et durant l'année d'assurance afférente.

L'ensemble des renseignements téléphoniques fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité d'**IMA ASSURANCES** ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises. **Les exclusions** du contrat d'assurance sont applicables aux présentes prestations optionnelles payantes. Pour bénéficier des prestations optionnelles payantes, l'Adhérent doit contacter **IMA ASSURANCES** préalablement à toute intervention par téléphone au **0 969 392 292** afin d'obtenir un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge des interventions en rappelant le numéro de Contrat Cardif Santé.

DÉFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

- **Accident corporel** : Atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
- **Adhérent** : Personne physique âgée d'au moins 18 ans (16 ans en cas d'émancipation), résidant en France Métropolitaine, affiliée à un régime obligatoire de protection sociale, ayant adhéré au Contrat Cardif Santé et à un ou plusieurs des packs suivants, « Tribu », « Hospi », « Voyage ». Il s'acquiesce des cotisations. Et s'engage à respecter les obligations définies dans la présente Notice.
- **Animaux domestiques** : Les chiens et les chats.
- **Bénéficiaires des garanties d'assistance** : L'Adhérent à Cardif Santé, ainsi que son conjoint, son partenaire lié par un PACS, ou son concubin. Les enfants légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs ou recueillis jusqu'à leur 26 ans, à charge de l'Adhérent lui-même ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, les enfants sans limite d'âge qui sont dans l'impossibilité permanente de travailler du fait d'une invalidité ou d'une maladie chronique et les ascendants de l'Adhérent, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, vivants sous le même toit depuis plus de 12 mois.
- **Centre de convalescence** : Les centres de convalescence sont des structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.
- **Domicile** : Lieu habituel de résidence principale de l'Adhérent en France Métropolitaine. Pour le pack « voyage », les étudiants sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre des études et la résidence de leurs parents assurés.
- **Événement climatique majeur** : Inondations, tempêtes, cyclones, feux de forêt, avalanches, séismes, éruptions volcaniques, mouvements de terrain.
- **Frais d'hébergement** : Frais de la nuit à l'hôtel et des repas, hors frais de téléphone et de bar.
- **Grossesse à risque** : Tout problème de santé, médicalement justifié, entraînant un risque pour la bénéficiaire ou le bébé.
- **Hospitalisation** : Tout séjour dans un établissement hospitalier privé ou public prescrit médicalement ou nécessité par un accident, une maladie ou une maternité, incluant au moins une nuit.
- **Hospitalisation imprévue** : Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.
- **Maladie** : Altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente et dans le cadre du pack voyage, qui empêche la continuation normale du voyage ou du séjour.

- **Maladies préexistantes** : Les maladies ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance.
- **Notions médicales simples** : Conseils généraux sur les maladies infantiles.
- **Proche** : Membre de la famille
- **Travailleuse familiale** : Personne intervenant au domicile du souscripteur pour s'occuper des enfants bénéficiaires.

1. Vie du contrat

1.1 Durée des garanties

L'adhésion à l'un ou plusieurs des packs optionnels du Contrat Cardif Santé envisagés dans la présente Notice relative aux prestations optionnelles payantes est conclue pour une durée d'un an. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

1.2 Résiliation

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par l'Adhérent de son Contrat Cardif Santé souscrit auprès de CARDIF ASSURANCE VIE pour tout événement survenu postérieurement à cette résiliation. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

1.3 Subrogation

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

1.4 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers

a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier (...) ».

Conformément à l'article L 114-2 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 ».

Conformément à l'article L 114-3 du Code des Assurances, « Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties du 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. »

Toutes les actions dérivant de la convention d'assistance ne sont plus recevables au-delà d'une période de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Le délai de prescription s'interrompt notamment par l'envoi d'une lettre recommandée du bénéficiaire à IMA ASSURANCES ou par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre.

1.5 Protection des données personnelles

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA ASSURANCES afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles le bénéficiaire peut prétendre.

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à CARDIF ASSURANCE VIE.

Elles pourront, le cas échéant, être transmises hors de l'Union Européenne. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris, 79000 Niort.

1.6 Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - 79000 NIORT ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances) 9 rue de Saint-Petersbourg - 75008 PARIS. Son avis s'impose à IMA ASSURANCES mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

1.7 Intervention

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

0 969 392 292

Ces garanties sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec lui. Par contre, IMA ASSURANCES ne participe pas, en principe, aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.

Les dispositions liées à l'intervention d'IMA ASSURANCES étant différentes pour chaque pack, elles seront déclinées dans chacun d'entre eux (cf article SPECIFICITES INTERVENTION de chaque pack).

1.8 Pièces justificatives

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

De la même façon, IMA ASSURANCES pourra demander l'envoi d'une attestation de l'employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

Pour obtenir le remboursement d'une dépense engagée, le bénéficiaire doit obligatoirement adresser les pièces justificatives originales à IMA ASSURANCES. De plus, il convient de préciser que IMA ASSURANCES ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

2. Limitations communes à l'application des garanties

2.1 Force majeure

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

2.2 Infraction

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

3. Service commun d'information

IMA ASSURANCES s'engage, en s'appuyant sur une ou plusieurs base(s) de données nationales, hors urgence, à renseigner par téléphone tout adhérent au Contrat Cardif Santé désireux d'obtenir le niveau de classement d'un établissement hospitalier, pour une spécialité médicale ou chirurgicale donnée, en France Métropolitaine.

4. Le pack VOYAGE

4.1 Conditions d'application des garanties

4.1.1 Faits générateurs

Ces prestations sont dues à la suite des événements tels que définis ci-après :

- Maladie, accident corporel, décès d'un bénéficiaire

4.1.2 Spécificités intervention

Lors de son 1^{er} appel :

- Le bénéficiaire doit rappeler son numéro de contrat ;
- Préciser ses noms, prénom et adresse ;
- Indiquer le pays, la ville ou la localité dans lesquels il se trouve ;
- Préciser l'adresse exacte et surtout le numéro de téléphone où nous pouvons le joindre.

Une référence de dossier d'assistance sera communiquée au bénéficiaire qui la rappellera systématiquement lors de toutes ses relations ultérieures avec IMA ASSURANCES.

4.1.3 Déplacements garantis

Les garanties, qui sont décrites dans la suite de ce document, s'appliquent :

- A l'étranger, pour tout déplacement à but touristique d'une durée pouvant aller jusqu'à 3 mois ;
- Sont exclus tout déplacement à but professionnel.

4.1.4 Territorialité

Les garanties d'assistance aux personnes sont accordées dans le Monde entier, hors France Métropolitaine à l'exception des frais de secours en montagne qui sont en France et à l'Étranger.

4.1.5 Mise en œuvre des garanties

- Les prestations qui sont décrites dans la suite de ce document s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'évènement.
 - IMA ASSURANCES ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.
 - IMA ASSURANCES ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.
- Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'évènement donnant lieu à l'intervention d'IMA ASSURANCES restent à sa charge (titre de transport, repas ...).
- Les prestations, non prévues dans la présente convention, qu'IMA ASSURANCES accepterait de mettre en œuvre à la demande d'un bénéficiaire seront considérées comme une avance de fonds remboursable.
- Lorsque tout ou partie des garanties sont couvertes totalement ou partiellement par les organismes sociaux, le bénéficiaire requerra auprès des organismes concernés les remboursements qui lui sont dus et les reversera à IMA ASSURANCES.

4.1.6 Si le bénéficiaire organise lui-même son assistance

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées ci-dessus ne peut donner lieu au remboursement que si IMA ASSURANCES a préalablement été prévenu et a donné son accord express, notamment sur les moyens à utiliser en communiquant un numéro de dossier.

Les frais exposés seront alors remboursés sur justificatifs, dans la limite de ceux qu'IMA ASSURANCES aurait engagés pour organiser le service.

4.2 Limitations et exclusions à l'application des garanties

4.2.1 Déclaration mensongère

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, IMA ASSURANCES se réserve le droit de réclamer au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

4.2.2 Comportement abusif

Lorsque le comportement d'un assuré sera jugé abusif par IMA ASSURANCES, les faits incriminés seront portés à la connaissance de CARDIF ASSURANCE VIE.

IMA ASSURANCES réclamera, s'il y a lieu, le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

4.2.3 Refus du bénéficiaire

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par IMA ASSURANCES, le bénéficiaire organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à son état, IMA ASSURANCES étant déchargée de toute obligation. En aucun cas, IMA ASSURANCES ne peut être tenue au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

4.2.4 Recours

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

4.3 Les garanties d'assistance aux personnes

4.3.1 Assistance aux personnes de l'entourage du malade ou blessé

a) Prolongation de séjour

Lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de la date initialement prévue pour son retour, IMA ASSURANCES organise et participe à l'hébergement de ses proches attendant sur place le rapatriement, à concurrence de 80 € par jour, et ce pour une durée maximale de 10 jours, pour l'ensemble des valides.

b) Voyage aller-retour d'un proche

Lorsque le bénéficiaire blessé, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours, et dès lors qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche, et participe à son hébergement, à concurrence de 80 € par jour, pour une durée maximale de 10 jours.

c) Retour des autres bénéficiaires

Lorsque le transport sanitaire d'un bénéficiaire est décidé, si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le retour du conjoint ou d'un proche à leur domicile.

4.3.2 Assistance aux personnes malades ou blessées

a) Rapatriement sanitaire

a.a - En cas d'accident corporel ou d'une maladie, lorsque les médecins d'IMA ASSURANCES, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident d'un rapatriement et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), IMA ASSURANCES organise le retour du patient à son domicile ou dans un hôpital adapté proche de son domicile et prend en charge le coût de ce transport.

a.b - Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins d'IMA ASSURANCES, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé ou le malade.

b) Frais médicaux et d'hospitalisation

A l'étranger, à la suite d'un accident corporel ou d'une maladie, IMA ASSURANCES, en complément des prestations dues par les organismes sociaux, prend en charge les frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur place à concurrence de 4 600 € par bénéficiaire, dans le monde entier à l'exception de l'Amérique du Nord et de l'Asie pour lesquels le plafond de prise en charge est de 15 000 €, sous réserve que le bénéficiaire ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins d'IMA ASSURANCES et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le patient intransportable.

Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux, ces frais médicaux et d'hospitalisation peuvent faire l'objet d'une avance pouvant aller jusqu'à 30 000€.

Le bénéficiaire s'engage à effectuer, dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, et à transmettre à IMA ASSURANCES les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus des organismes sociaux.

c) Recherche et expédition de médicaments et prothèses

En cas de nécessité, IMA ASSURANCES recherche, sur le lieu de séjour, les médicaments (prescrits ou leurs équivalents) indispensables à la santé du patient. A défaut de pouvoir se les procurer sur le lieu de séjour, et dans la mesure où le délai d'acheminement est compatible avec la nature du problème, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments.

De même, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, lorsque nécessaire, l'expédition de lunettes, lentilles de contact, appareillages médicaux et prothèses.

Le coût de ces médicaments et matériels reste à charge du bénéficiaire, IMA ASSURANCES, pouvant en avancer le montant si nécessaire.

d) Frais de secours en montagne

En cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à la structure médicale adaptée à hauteur maximum de 200 €.

A l'étranger, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de secours en montagne, qu'ils soient liés ou non à la pratique du ski.

4.3.3 Assistance aux personnes en cas de décès

a) Décès d'un bénéficiaire en déplacement

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu d'obsèques ou d'inhumation en France. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil, conforme à la législation et de qualité courante. Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, de convoi et d'inhumation restent à la charge de la famille.

b) Organisation rapatriement des autres bénéficiaires en cas de décès

Lorsque le transport du corps est décidé, IMA ASSURANCES organise, sans prise en charge, l'acheminement, sur le lieu d'inhumation ou d'obsèques, en France, des bénéficiaires en déplacement.

c) Mise en relation avec un prestataire funéraire

A la suite du décès d'un bénéficiaire, IMA ASSURANCES peut apporter toutes les informations utiles aux proches vivants au domicile (dispositions à prendre, démarches relatives aux dons d'organes, à la crémation, à la succession ...).

4.3.4 Garanties complémentaires

a) Accompagnement d'enfant de moins de 16 ans

En cas de maladie, d'accident ou de décès d'un bénéficiaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le voyage aller et retour d'un proche pour venir accompagner l'enfant (ou les enfants) de moins de 16 ans, isolés de tout membre du cercle familiale, dans son déplacement.

Lorsque le voyage d'un proche est impossible, IMA ASSURANCES fait accompagner cet (ces) enfant(s) par une personne habilitée.

4.4 Services d'informations

Ces conseils ne peuvent être considérés comme des consultations médicales.

4.4.1 Deuxième avis médical

En cas de maladie ou d'accident corporel à l'étranger, après avis des médecins consultés localement, les médecins d'IMA ASSURANCES peuvent aiguiller et conseiller les bénéficiaires par rapport au diagnostic réalisé et aux traitements proposés.

4.4.2 Conseils médicaux

Des renseignements et conseils médicaux à l'étranger pourront être prodigués par les médecins d'IMA ASSURANCES lors de la préparation du voyage (attitudes préventives, vaccinations obligatoires et conseillées, trousse à pharmacie à constituer ...).

5. Le pack HOSPI

5.1 Conditions d'application des garanties

5.1.1 Faits générateurs

Les garanties de la présente Convention s'appliquent en cas d'accident corporel, maladie.

5.1.2 Spécificités intervention

IMA Assurances apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose l'Adhérent pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire.

5.2.2 Autres exclusions

Ne donne pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :

- dans des établissements et services psychiatriques, gérontologiques et gériatriques ;
- programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques pré-existantes ;
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies ;
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi qu'à leurs conséquences.

De même, sont exclus les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et d'un état d'ivresse (taux supérieur ou égal au taux d'alcoolémie défini dans le Code de la route en vigueur au jour du sinistre) ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

5.3 Les garanties d'assistance

5.3.1 En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation suite à accident ou maladie

a) Recherche d'intervenants médicaux

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES peut aider le bénéficiaire à rechercher un médecin.

b) Organisation du Transport en ambulance

Hors urgence médicale, IMA ASSURANCES organise, sur prescription médicale, le transport du bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, IMA ASSURANCES organise son retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de ces transports en ambulance ou véhicule sanitaire léger ne sont pas pris en charge par IMA ASSURANCES et donc demeurent à la charge de l'Adhérent.

c) Livraison de médicaments

Lorsque ni l'Adhérent ou son conjoint immobilisé au domicile, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA ASSURANCES se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'Adhérent.

5.3.2 En cas d'hospitalisation supérieure à 5 jours ou 8 jours en maternité (prévue ou imprévue)

a) Aide ménagère

En cas d'hospitalisation de plus de 5 ou 8 jours en maternité de l'Adhérent ou de son conjoint IMA ASSURANCES, organise et prend en charge la venue d'une aide ménagère.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention. Le nombre d'heures ainsi attribué sera réparti sur une période maximale de 15 jours.

Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales, dès le premier jour de l'hospitalisation ou au retour au domicile.

b) Présence d'un proche au chevet du patient bénéficiaire

IMA ASSURANCES organise et prend en charge en France Métropolitaine le déplacement aller-retour d'un proche, à compter du premier jour et/ou organise et prend en charge son hébergement.

La prise en charge du transport et de l'hébergement est plafonnée à 200 €.

5.2 Limitations, exclusions et déchéances à l'application des garanties

5.2.1 Délai de demande d'assistance des services à domicile

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent, à l'exception des demandes d'information :

- Une immobilisation au domicile ;
- La sortie d'une hospitalisation ;

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement (sortie d'hospitalisation, immobilisation).

5.3.3 En cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures (prévue ou imprévue)

a) Prise en charge des enfants (< 16 ans) ou ascendants dépendants à charge

En cas d'hospitalisation prévue ou imprévue de plus de 24 heures de l'Adhérent, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin ne leur permettant pas de s'occuper de leurs enfants ou des ascendants dépendants à charge, IMA ASSURANCES organise et prend en charge dès le premier jour de l'hospitalisation les garanties suivantes :

a.a - La garde des enfants ou ascendants dépendants à charge :

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des enfants ou des ascendants dépendants au domicile par une personne qualifiée. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures par jour sur une période maximale de 5 jours. Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des enfants à l'école.

a.b - La conduite à l'école et le retour au domicile des enfants ou la conduite aux activités extra-scolaire :

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour au domicile des enfants par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour, pour 10 jours maximum répartis sur un mois et dans la limite maximum de 500 €.

b) Transfert & garde d'animaux domestiques familiers

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures de l'Adhérent, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement en refuge ou le transfert chez un proche des animaux domestiques vivant à leur domicile (maximum 2), dans la limite de 250 €.

5.3.4 En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation des enfants (prévue ou imprévue)

a) Prise en charge des enfants de moins de 10 ans

a.a - garde de l'enfant :

En cas de maladie soudaine et imprévue ou d'accident entraînant une immobilisation de plus de 5 jours des enfants au domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des enfants malades au domicile par un intervenant spécialisé. Le nombre d'heures de garde attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures par jour sur une période maximale de 3 jours consécutifs. La mise en œuvre se fera dans le mois qui suit l'immobilisation.

a.b - hébergement d'un des 2 parents :

En cas d'hospitalisation de plus de 48h et si l'hospitalisation a lieu à plus de 30 kilomètres du domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'hébergement d'un des 2 parents dans la limite de 2 nuits d'hôtel et pour un maximum de 160 €.

b) Garde des autres enfants

En cas d'hospitalisation d'un enfant de plus de 48 heures nécessitant la présence de l'un des 2 parents et que l'autre est dans l'incapacité d'assurer la garde des autres enfants, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

b.a - La garde des enfants restant au domicile :

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des enfants au domicile par une personne qualifiée. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10h par jour sur une période maximale de 2 jours consécutifs. La mise en œuvre se fait pendant l'hospitalisation de l'enfant et dans un délai d'un mois à compter de la date d'hospitalisation.

b.b - Le déplacement d'un proche :

Déplacement aller et retour en France d'un proche, résidant en France Métropolitaine, pour les garder au domicile dans la limite de 2 allers et retours.

c) Ecole à domicile

Si, à la suite d'un accident corporel ou d'une maladie imprévue, l'enfant est immobilisé au domicile ou à l'hôpital pour une durée de plus de 2 semaines et ne peut pas suivre sa scolarité, IMA ASSURANCES organise

et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours pour un maximum de 15 heures.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire (sans limite d'âge). Il s'agit de cours particuliers donnés au domicile, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions, sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant, donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.

6. Le pack TRIBU

6.1 Conditions d'application des garanties

6.1.1 Faits générateurs

Les garanties de la présente Convention s'appliquent en cas d'hospitalisation d'au moins 5 nuits suite à une maternité, en cas de naissance multiple, en cas de dépression post-natale durant toute la grossesse et jusqu'à la majorité de l'enfant.

6.1.2 Spécificités intervention

L'application des garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

6.2 Limitations, exclusions et déchéances à l'application des garanties

6.2.1 Délai de demande d'assistance des services à domicile

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent, à l'exception des demandes d'information, la sortie d'une hospitalisation

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de la sortie d'hospitalisation.

6.3 Les garanties d'assistance

6.3.1 Suivi de grossesse et informations

a) Ecoute et informations

Afin d'aider l'Adhérent ou son conjoint souhaitant obtenir des informations, IMA ASSURANCES met à leur disposition un service d'information et d'écoute pour le bon suivi de la grossesse (évolution du fœtus, examens à réaliser pendant la grossesse, moyens de se préparer à l'accouchement, à l'allaitement, conseils de prévention pour le bébé et la maman...).

b) Grossesse à risque

En cas de grossesse à risque, IMA ASSURANCES organise et prend en charge 60h maximum d'aide ménagère avant l'entrée à la maternité avec un minimum de 2h consécutives par jour.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation.

c) Informations Enfance

Ce service est destiné à répondre aux questions relatives au bien-être des enfants, de la naissance jusqu'au 18 ans (ou 16 ans si émancipation), et à écouter, orienter et informer les parents.

Les informations médicales données ne peuvent en aucun cas être considérées comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence (SAMU 15 pour la France).

Les parents peuvent être informés dans des domaines tels que :

- L'alimentation ;
- Le sommeil ;
- L'hygiène ;
- Les notions médicales simples ;
- Les notions de prévention (vaccinations, visites médicales obligatoires, accidents domestiques...);
- Les notions sociales (informations relatives à la protection maternelle et infantile, les allocations familiales, modes de garde et avantages fiscaux liés à ceux-ci ...).

d) Accompagnement Baby Blues

Mise en relation avec un psychologue clinicien : de 1 à 3 entretiens téléphoniques.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai de un an à compter de la naissance.

Mise en relation éventuelle avec un psychologue clinicien proche du domicile. **Les frais de consultation resteront à la charge de l'Adhérent.**

e) Coaching nutrition ado

Afin d'aider l'Adhérent ou son conjoint souhaitant obtenir des informations en cas de graves problèmes de santé de l'enfant liés au poids (médicalement établi selon les courbes IMC en vigueur), IMA ASSURANCES met à leur disposition du lundi au vendredi de 9h à 18h, un service de diététiciens. IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, selon la situation, de :

- de 1 à 6 entretiens téléphoniques par an et par bénéficiaire, sur 6 mois maximum.

f) Coaching nutrition « jeune maman »

Afin d'aider l'Adhérent, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin souhaitant obtenir des informations diététiques après l'accouchement, IMA ASSURANCES met à leur disposition du lundi au vendredi de 9h à 18h, un service de diététiciens. IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, selon la situation, de :

- de 1 à 6 entretiens téléphoniques par an et par bénéficiaire, sur 6 mois maximum.

6.3.2 Services à domicile après une naissance

En cas d'hospitalisation de plus de 5 jours liée à une 1^{ère} maternité ou à une 2^{ème} maternité ou en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours du nouveau né ou en cas de naissance multiple.

a) Aide ménagère

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, s'il y a lieu, pendant le séjour en maternité pour venir en aide aux proches demeurant au domicile ou au retour au domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention. Le nombre d'heures ainsi attribuées sera réparti sur une période maximale de 30 jours.

b) Travailleuse familiale

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une travailleuse familiale au domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES et ne pourra excéder 2h durant la semaine suivant la sortie de la maternité pour aider à s'organiser et lui prodiguer des conseils de soins pour le bébé.

6.3.3 Garanties complémentaires

En cas d'hospitalisation de plus de 5 jours liée à une 2^{ème} maternité ou en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours du nouveau né ou en cas de naissance multiple

Garde des aînés si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires de moins de 16 ans :

Le déplacement d'un proche :

Organisation et prise en charge du déplacement aller et retour en France d'un proche, résidant en France Métropolitaine, pour les garder au domicile.

Le transfert des enfants :

Organisation et prise en charge du voyage aller et retour en France des enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants :

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des enfants au domicile par une personne qualifiée. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 48 heures réparties sur une période maximale d'un mois à compter de l'hospitalisation.

4. Extraits des statuts

Article I Formation

Entre les membres fondateurs, ayant participé à l'assemblée générale du 27 juillet 1984, il a été créé une Association sans but lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, et désormais par le décret du 1^{er} août 2006 relatif aux associations souscriptrices de contrats collectif de prévoyance ainsi que par les présents statuts.

L'Association à la dénomination suivante :

UNION FRANCAISE D'ÉPARGNE ET DE PREVOYANCE ou UFEP.

Article II Objet

L'Association a pour but de regrouper des personnes qui souhaitent préparer et organiser leur épargne, leur retraite ou leur prévoyance et celle de leurs salariés.

L'Association a pour objet :

- De susciter et de développer, parmi ses membres, le sens de l'épargne, de la prévoyance et de la retraite ;
- De souscrire des contrats d'assurances collectifs, en faveur de personnes présentant des caractères communs et relevant des mêmes conditions techniques pour la couverture d'un ou plusieurs risques ;
- De proposer et de conclure pour chaque contrat souscrit avec les organismes d'assurance, des évolutions ou des modifications aux dispositions contractuelles ;
- D'assurer la représentation des intérêts collectifs de ses membres et notamment auprès des organismes d'assurance contractants.

Article III Missions

L'Association pourra accomplir toutes les opérations liées à la réalisation de son objet et notamment :

- Informer ses membres sur les diverses possibilités offertes en matière d'assurance-vie, de retraite et de prévoyance ;
- Informer ses membres de la situation et ou de l'évolution des contrats collectifs souscrits par l'association ;
- S'informer auprès des organismes d'assurance et de prévoyance de la gestion administrative, technique et financière du ou des contrats souscrits ;
- Signer tout avenant de modifications aux contrats collectifs souscrits ;
- Adhérer à tout groupement d'associations d'assurés partageant les mêmes but de représentation des adhérents ;
- Prendre toute mesure destinée à faciliter les rapports entre ses membres et les autorités publiques, les organismes d'assurance ou de prévoyance ;
- Mener toute action publique souhaitable de diffuser les contrats d'assurance collectifs de prévoyance et de retraite souscrits par elle ;
- D'une manière générale faire toutes les opérations qui lui paraîtront appropriées à la bonne réalisation de son objet et à la défense des intérêts de ses membres.

Tous les membres s'engagent à participer à la réalisation des buts de l'Association, dans les conditions prévues par les statuts et , s'il existe par le règlement intérieur de l'Association.

Même en l'absence de section formellement constituée, l'Association pourra consulter ou réunir seulement les membres adhérent à un même contrat collectif sur une question relative à leur contrat.

Article IV Siège

Le siège social de l'Association est fixé au 1, rue des Fondrières - 92000 Nanterre.

L'Association peut disposer de bureaux administratifs à une adresse différente de son siège social.

Le siège peut être transféré en tout autre lieu sur simple décision du Conseil d'Administration.

Avec Cardif Santé, je fais le choix d'une assurance qui me ressemble !



Cardif Santé est issu de la convention d'assurance collective n°2398 à adhésion facultative souscrite par l'**Union Française d'Épargne et Prévoyance (UFEP)**
Association régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901 - Siège : 1, rue des fondrières 92000 Nanterre auprès de **Cardif Assurance Vie**, entreprise régie par le Code des assurances
S.A. au capital de 688 507 760 € - B 732 028 154 RCS Paris - Siège social : 1 Boulevard Haussmann 75009 Paris - Bureaux : 8, rue du Port 92728 Nanterre Cedex - Tél. 01 41 42 83 00,
et géré par **Gestion Assurances SA**, entreprise régie par le Code des assurances - S.A.S au capital de 200 000 euros, 353 508 955 RCS Paris, dont le siège social est situé au
28, boulevard Carnot 59800 Lille, immatriculée au Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS) sous le numéro 07 008 500 et inscrite sur ce registre en qualité de courtier
Autorité de Contrôle Prudentiel : 61, rue Taitbout 75009 Paris. Les prestations d'assistance sont proposées par **IMA ASSURANCES**, S.A. au capital de 5 000 000 €,
dont le siège est situé : 118, avenue de Paris 79000 NIORT n° 481 511 632 R.C.S. Niort - Entreprise régie par le Code des assurances

ITELIS, SA à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 227 992 € - 440 358 471 RCS PARIS Tour La Villette - 6, rue Emile Reynaud - 75019 Paris
Mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°10058758



CARDIF
GROUPE BNP PARIBAS