



ASSURANCE HOSPITALISATION

Dispositions Générales



Votre assurance **HOSPITALISATION** a pour objet de vous garantir le versement d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation en relation directe avec un accident ou une maladie garantis.

DEFINITIONS

souscripteur : la personne physique ou morale qui est preneur du contrat et en assume les obligations, notamment le paiement des cotisations.

assuré : le souscripteur ou toute personne désignée aux conditions particulières et sur la tête de qui repose l'assurance.

assureur : la société d'assurance mutuelle citée en entête de cette page

nous : la société d'assurance mutuelle citée en entête de cette page.

accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

maladie : toute altération de la santé ou état pathologique constaté par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident tel que défini ci-dessus.

échéance annuelle : la date indiquée sous ce titre aux conditions particulières ; elle détermine le point de départ d'une année d'assurance. Elle correspond à la date à laquelle :

- > la cotisation annuelle est exigible,
- > le contrat peut être normalement résilié moyennant le préavis indiqué.

hospitalisation : fait de recevoir des soins nécessitant un séjour minimal de 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilités à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales permettant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire).

prescription : délai au-delà duquel aucune action ne peut plus être intentée.

subrogation : substitution de l'assureur dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire du contrat à l'encontre de tout tiers. L'assureur ne peut recourir contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

La subrogation est limitée au montant des indemnités versées.

tiers : toute autre personne que l'assureur, le souscripteur ou l'assuré du contrat.

VOS GARANTIES

Le contrat est ouvert aux personnes âgées de moins de 65 ans.

1. objet de la garantie

Les risques couverts :

La garantie s'exerce en cas d'hospitalisation de l'assuré suite à un accident ou à une maladie

L'indemnité journalière est versée dès le 1^{er} jour en cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures, jusqu'au jour de sortie inclus et pour une durée maximum de 365 jours.

A compter du 75^e anniversaire de l'assuré, la durée de versement de l'indemnité est limitée à 30 jours par année civile.

Les séjours successifs dus au même accident ou à la même maladie qui ne sont pas séparés par 60 jours au plus, sont considérés comme une seule et même hospitalisation. Nous reprenons le versement des indemnités journalières à partir du premier jour de la constatation médicale, de la rechute ou complication et dans la limite de la durée maximale de 365 jours.

2. étendue territoriale de la garantie

La garantie du contrat s'exerce en France Métropolitaine. La garantie est étendue aux séjours à l'étranger ne dépassant pas 3 mois par an. Les indemnités sont toujours payées en France Métropolitaine et en euros.

3. les risques exclus

Sont exclues du présent contrat et de toutes les garanties, les hospitalisations découlant :

- > de la guerre civile ou étrangère, de la participation à des rixes (sauf légitime défense), crimes, délits, émeutes et paris de toute nature,
- > du suicide ou de sa tentative, de l'automutilation, conscient ou non, du fait intentionnel de l'assuré,
- > de l'alcoolisme, de l'état alcoolique (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile au jour du sinistre), de l'utilisation de stupéfiants ou substances analogues, médicaments et traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée,
- > de la pratique d'un sport à titre professionnel,
- > de l'utilisation par l'assuré d'un appareil quelconque (avec ou sans moteur) permettant de se déplacer dans les airs,
- > les affections nerveuses et mentales (notamment psychiatriques).

Sont toujours exclus des garanties contractuelles, les séjours dans les établissements suivants :

- > séjours en maison de repos, établissement de convalescence, maison d'enfants à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique et médico-psycho-pédagogique, hospice, maison de retraite, logement, foyer, établissement d'hébergement, centre de cures médicales pour personnes âgées, service de long séjour d'un établissement hospitalier,
- > séjours en établissement de cures thermales, marines ou de rajeunissement, traitements esthétiques, traitements diététiques quel que soit le motif.

Sont toujours exclus des garanties contractuelles, l'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour.

Sont toujours exclues des garanties contractuelles, les hospitalisations :

- > causées par une maladie psychosomatique, un coma diabétique,
- > découlant d'une intervention de chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- > survenant au cours du service militaire,
- > liées aux suites et conséquences des accidents et affections, maladies apparues antérieurement à la date de souscription.

4. le règlement des sinistres

En cas d'hospitalisation mettant en jeu les garanties, le souscripteur, ou toute personne agissant en son nom, doit déclarer l'admission dans un établissement de soins dans les 15 jours suivant le début de cette hospitalisation. Cette déclaration doit être faite directement à l'assureur et doit être accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

Le souscripteur s'engage à communiquer à notre médecin conseil toute pièce médicale lui permettant d'apprécier si l'hospitalisation s'inscrit bien dans le cadre des garanties. A la sortie de l'hôpital, il adresse le bulletin d'hospitalisation ou la facture faisant apparaître les dates d'entrée et de sortie ou le nombre de jours d'hospitalisation.

Tout sinistre non déclaré dans un délai de 15 jours est définitivement exclu des garanties si nous établissons que le retard nous a causé un préjudice, sauf cas fortuit ou de force majeure.

Renseignements complémentaires

Nous pouvons demander tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de nous fournir une attestation médicale.

Il appartient à l'assuré de nous donner ces renseignements et non à son médecin traitant lié par le secret professionnel. Toutefois, si l'assuré désire que ces renseignements restent strictement confidentiels, il peut les adresser à notre médecin-conseil qui, seul, en prendra connaissance et nous transmettra les éléments strictement nécessaires à l'application du contrat.

Expertise médicale

Nous nous réservons, à tout moment, le droit de faire examiner l'assuré à nos frais par un médecin de notre choix, sauf opposition justifiée ; son médecin traitant peut l'assister.

L'expertise médicale devra être effectuée en France Métropolitaine.

Délais à respecter

Toutes les pièces concernant l'hospitalisation consécutive à une maladie ou à un accident doivent être remises au plus tard dans les 3 mois suivant ladite hospitalisation.

Sanction

Si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, nous pourrions refuser l'indemnisation.

Comment sont réglées les indemnités

Le règlement des indemnités aura lieu au plus tard 8 jours après la remise des pièces justificatives et après accord des parties.

Sur simple demande de l'assuré, le règlement des indemnités peut être effectué pendant la période de son hospitalisation. Dans ce cas, l'assuré communique à l'assureur un bulletin de situation établi par l'établissement hospitalier.

FORMATION ET VIE DU CONTRAT

5. date d'effet de l'assurance

Date d'effet de l'assurance

La garantie prend effet après acceptation par Nous, à la date qui figure aux Conditions Particulières et au plus tôt le lendemain à midi du paiement de la première cotisation. Il en va de même pour toute modification.

À la souscription

Le contrat est établi d'après les déclarations de l'assuré, la cotisation est fixée en conséquence.

L'assuré doit donc répondre à la souscription avec précision à toutes les questions figurant dans la proposition d'assurance et nous déclarer tous les éléments connus de lui, nous permettant d'apprécier les risques.

Le souscripteur doit déclarer les garanties de même nature souscrites par vous auprès d'autres assureurs.

En cours de contrat

Vous devez nous déclarer toutes les modifications suivantes :

- > changement de statut, de situation,
- > changement de profession ou cessation d'activité professionnelle,
- > changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets).

En cas de survenance d'un des événements énoncés ci-dessus et conformément à l'article L 113-16 du Code des Assurances, l'assuré et l'assureur ont la faculté de résilier le contrat, cette résiliation prenant effet un mois après que l'autre partie en a reçu notification.

Formes de la déclaration

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée adressée à notre Siège Social ou à notre représentant, conformément aux dispositions de l'article L 113-4 du code des Assurances.

Déclarations inexactes ou incomplètes : les sanctions prévues par la Loi (article L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances).

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des Assurances : article L113-8 : nullité du contrat et article L113-9 : réduction des indemnités.

Délais d'attente

Les garanties du contrat ainsi que les augmentations de garantie prévues par avenant au contrat en cours sont acquises :

- > immédiatement pour les accidents,
- > après un délai d'attente de 3 mois pour toutes les maladies,
- > après un délai d'attente de 9 mois pour les maternités.

Tout événement survenant pendant le délai d'attente ne sera jamais garanti.

Garantie viagère

Nous nous engageons, sauf non-paiement des cotisations ou application des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, à maintenir le contrat en cours, votre vie durant.

6. durée du contrat

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance principale indiquée aux conditions particulières, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, moyennant préavis de deux mois.

7. cotisations

Le paiement des cotisations

La cotisation est fixée d'après les déclarations de l'assuré, en fonction du montant et de la nature des garanties choisies.

Elle évolue à chaque échéance en fonction de l'âge de l'assuré calculé par différence entre l'année civile en cours et son année de naissance.

La cotisation est payable à la date d'échéance fixée aux conditions particulières au siège social de l'assureur ou au domicile de son représentant désigné à cet effet.

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans les dix jours de son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice peut, par simple lettre recommandée adressée au souscripteur, à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre.

Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de garantie intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après le délai de trente jours mentionné au troisième alinéa du présent article.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, le lendemain à midi du jour où ont été payées à l'assureur ou au mandataire désigné par lui, la cotisation arriérée ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Révision des cotisations :

Si l'assureur vient à modifier les tarifs applicables aux risques garantis par le présent contrat, la cotisation est modifiée dans la même proportion à l'échéance principale qui suit cette modification.

En cas de majoration de la cotisation, le souscripteur a la possibilité de résilier le contrat dans les 15 jours suivant celui où il a eu connaissance de la majoration.

Cette résiliation prendra effet un mois après la notification faite à l'assureur par lettre recommandée (le cachet de la poste faisant foi) et le souscripteur sera alors redevable d'une fraction de cotisation calculée sur la base de la cotisation précédente au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

8. résiliation

Résiliation du contrat : la demande de résiliation peut être faite, soit par **lettre recommandée**, le cachet de la poste faisant foi, soit par déclaration faite contre récépissé à notre siège ou auprès de notre représentant dont les coordonnées figurent aux Conditions Particulières (art. L113-14 du code des assurances).

➤ par le souscripteur et l'assureur :

- en cas de changement de domicile, de situation ou régime matrimonial, de profession,
- en cas de retraite professionnelle,
- en cas de cessation d'activité du souscripteur,
- lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la nouvelle situation (art. L113-16 du code des assurances).

➤ par le souscripteur :

- à chaque échéance annuelle, en respectant un préavis de 2 mois,
- en cas de modification du tarif d'assurance appliqué au contrat,
- si nous résilions un autre contrat de l'assuré après sinistre (art. R113-10 du code des assurances),
- en cas de diminution des risques, si l'assureur ne réduit pas la cotisation en conséquence (art. L113-4 du code des assurances),
- dans les 20 jours suivant l'envoi de l'avis d'échéance lorsque le contrat couvre une personne physique en dehors de son activité professionnelle (art. L 113-15-1 du code des assurances).

➤ par l'assureur :

- en cours d'année dans un délai de deux ans suivant la date d'effet du contrat avec un préavis de 2 mois,
- en cas de non paiement des cotisations (art. L113-3 du code des assurances),
- en cas d'omission ou de déclaration inexacte lors de la souscription ou en cours de contrat, si la mauvaise foi de l'assuré ou du souscripteur n'est pas établie (art. L113-9 du code des assurances)
- en cas d'aggravation des risques, selon les dispositions de l'article L 113-4 du Code des assurances sous réserve de celles édictées par l'article 6 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989,
- en cas de règlement judiciaire.

➤ de plein droit :

- en cas de décès de l'assuré,
- en cas de retrait d'agrément de l'Union de Réassurance, auquel cas la résiliation intervient le dixième jour à midi, à compter de la date de parution au Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée à l'assuré (art. R322-113 du code des assurances).

Renonciation : le souscripteur a la possibilité de renoncer, par lettre recommandée avec avis de réception, aux garanties souscrites dans un délai de 30 jours à compter du paiement du premier versement. Celui-ci vous sera alors intégralement remboursé.

La lettre peut être rédigée comme suit :

" Veuillez prendre note de ma renonciation à ma proposition d'assurance au contrat HOSPITALISATION que j'ai signée et me rembourser l'intégralité de mon versement ".

9. sanctions

Toute réticence, fausse déclaration, production intentionnelle d'informations erronées entraînent la nullité du contrat, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue notre opinion. Les cotisations payées nous demeurent acquises et nous avons droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages intérêts (art. L113-8 du code des assurances).

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration ne revêt pas un caractère intentionnel, l'assureur peut, dans les termes de l'article L.113-9 du code des assurances :

➤ soit résilier le contrat,

➤ soit proposer un nouveau montant de cotisation adapté au risque réel et, si le souscripteur ou l'assuré n'accepte pas la nouvelle cotisation ou ne répond pas dans un délai d'un mois, résilier le contrat dans un délai d'un mois, moyennant un préavis de 10 jours,

➤ lorsque l'inexactitude est constatée après sinistre, réduire les indemnités dues au titre de celui-ci dans la proportion de la cotisation payée par rapport à celle qui aurait dû l'être si le risque avait été correctement déclaré.

DISPOSITIONS DIVERSES

10. prescription

Les actions dérivant du présent contrat sont prescrites après un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L114-1 et L114-2 du code des assurances. Passé ce délai, aucune réclamation n'est plus recevable.

11. subrogation

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré du contrat jusqu'à concurrence des indemnités réglées contre tout tiers responsable du sinistre. Si la subrogation ne peut, du fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur, la garantie de ce dernier cesse d'être engagée dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

12. litiges

En cas de difficulté quelconque concernant l'application du présent contrat, les parties conviennent de se reporter à la sentence rendue par deux arbitres compétents sur la cause du litige, choisis par chacune d'elles dans un délai d'un mois. Toute contestation d'ordre médical survenant entre le médecin de l'assuré et le nôtre serait soumise à l'arbitrage d'un médecin-expert désigné d'un commun accord entre les deux premiers. Si un accord n'intervenait pas, un médecin-expert serait nommé par la juridiction compétente du domicile de l'assuré. Les honoraires et frais du médecin-expert seraient partagés entre l'assuré et nous.

BON A SAVOIR

Votre Mutuelle est une entreprise d'assurances de droit français dont les activités sont contrôlées par l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (A.C.A.M.) - 61 rue Taitbout 75009 PARIS.
Votre Mutuelle a adhéré à la "Charte de la Médiation" dans le but d'améliorer le traitement à l'amiable des réclamations des assurés et des tiers : **Médiation Assurances** 1, rue Jules Lefebvre - 75009 PARIS.

Votre Mutuelle est réassurée avec caution solidaire auprès de l'Union du Groupe des Assurances Mutuelles de l'Est (GAMEST) - 6, bd de l'Europe - BP 3169 - 68063 MULHOUSE Cedex.
Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la société (Loi du 6 janvier 1978).



Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables
6 bd de l'Europe – BP 3169 – 68063 MULHOUSE Cedex
www.assurancemutuelle.com
Entreprise régie par le Code des Assurances
Fondatrice du Groupe des Assurances Mutuelles de l'Est (GAMEST)

