



CONDITIONS GÉNÉRALES DES CONTRATS

ART. 1 Objet du contrat

Garantir à l'Assuré durant la période de validité du contrat le remboursement de ses dépenses de santé suite à maladie, accident ou hospitalisation pour **Maxima Santé II** et **Maxima Santé à la carte**. Le règlement des prestations est subordonné au remboursement du régime obligatoire et complètera les prestations versées par ledit régime.

ART. 2 - Personnes assurées

L'adhérent, son conjoint, ses enfants à charge (au sens de la sécurité sociale), s'ils sont désignés aux conditions particulières du contrat et sont assujettis à un régime légal.

ART. 3 - Formation, prise d'effet & durée du contrat

Le contrat produit ses effets à la date fixée aux conditions particulières, sous réserve du paiement des cotisations échues et de l'application éventuelle de la période d'attente. Il est souscrit pour un an et est reconduit de plein droit par période annuelle à chaque échéance principale fixée au 1er Janvier de chaque année.

ART. 4 - Territorialité

La garantie du contrat s'exerce en France Métropolitaine et Monaco. Elle s'étend aux accidents et maladies, aux hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime légal de l'Assuré s'applique et que les séjours en dehors du territoire français et monégasque ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes. Les prestations sont versées en France Métropolitaine et en Euro.

ART. 5 - Exclusions

- Les maladies indiquées aux conditions particulières, ainsi que leurs suites et conséquences, survenues avant la date d'effet du contrat ou pendant les délais d'attente.
- Les maladies et les accidents, ainsi que leurs suites et conséquences, survenues pendant toute la période de suspension du contrat.
- Les suites d'un événement causé ou provoqué intentionnellement par l'Assuré.
- Le suicide ou la tentative de suicide.
- L'alcoolisme (l'état alcoolique), l'ivresse manifeste, l'usage de stupéfiants ou de drogues non médicalement prescrits.
- Les actes causés sous l'emprise de la folie ou de troubles mentaux (durables ou passagers).
- La participation de l'Assuré à une rixe, sauf en cas de légitime défense.
- La guerre étrangère, la guerre civile, la participation active à des émeutes et mouvements populaires, à des actions de terrorisme ou de sabotage.
- Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atome ou de radioactivité, ainsi que les dommages dus aux effets de radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules.
- Les tremblements de terre, inondations, éruptions volcaniques, raz de marée et autres cataclysmes.

- Les ascensions aériennes, les transports aériens autrement que comme voyageur des lignes commerciales ou de vols charter.
- La pratique de tout sport à titre professionnel ainsi que la pratique du Deltaplane ou ULM, la pratique en tant que concurrent à des compétitions comportant l'utilisation d'un engin à moteur ainsi que leurs essais.
- La participation à des paris, tentatives de records.
- Les maladies contractées et accidents survenus durant l'accomplissement du service militaire ou de périodes militaires.
- Les actes effectués à titre préventif, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, les traitements esthétiques et leurs conséquences.
- Les frais exposés ou les séjours dans un établissement hospitalier en vue de la délivrance d'attestations ou de certificats médicaux pour les besoins officiels ou privés, les frais de vaccination, les bilans de santé, check-up, les frais de déplacement et d'hébergement occasionnés par les cures.
- Les séjours de repos à la campagne, à la mer, à la montagne.
- Les lésions causées par les rayons X, le radium et ses composés et dérivés, sauf si elles résultent d'un fonctionnement défectueux ou d'une fausse manipulation des instruments, ou sont la conséquence d'un traitement auquel l'Assuré est soumis à la suite d'un accident ou d'une maladie garanti par le présent contrat.
- Les frais engagés pour un séjour dans un des établissements spécialisés suivants :
établissement, service et maison de repos, de plein air, de retraite, hospice de vieillards, établissement et service de gériatrie, les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes, les établissements sanitaires spécialisés ainsi que les instituts médico-pédagogiques.
- Les hospitalisations classées en moyen et long séjour par la sécurité sociale.

EN AUCUN CAS LE VERSEMENT DE PRESTATIONS, MÊME EFFECTUÉ A PLUSIEURS REPRISES, NE SAURAIT CONSTITUER UNE RENONCIATION DE L'ASSUREUR A L'UNE DES EXCLUSIONS DE GARANTIES PREVUES AU CONTRAT.

ART. 6 - Déclaration à la souscription du contrat

Les garanties ECO, C1, C2 et C3, n'ont pas de sélection médicale, pour les autres garanties le contrat et la cotisation sont établis d'après les déclarations du souscripteur, qui doit répondre exactement à chaque question posée par l'Assureur, notamment dans le formulaire de déclaration d'état de santé, sur les circonstances qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend en charge, et notamment les antécédents médicaux et chirurgicaux de chaque personne proposée à l'assurance.

L'Assureur peut refuser sa garantie, ou la subordonner à :

- un complément d'information,
- un examen de santé,
- l'application d'une surprime pour risque aggravé.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude même sans influence sur le sinistre, est sanctionnée (L113-8 et L113-9 du Code des Assurances) :

- par la NULLITÉ du contrat en cas de mauvaise foi du souscripteur ; les primes perçues restant acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts.
- par la réduction proportionnelle de l'indemnité de sinistre, si la mauvaise foi du souscripteur n'est pas établie.

L'Assureur peut faire vérifier à tout moment la conformité du risque avec les déclarations du souscripteur.

• EN COURS DE CONTRAT

Le souscripteur doit déclarer à l'Assureur toute modification aux déclarations faites lors de la souscription, au plus tard dans les quinze jours qui suivent la date à laquelle il a eu connaissance de cette modification.

• DES SINISTRES

En cas de maladie ou d'accident, l'Assuré devra fournir l'ensemble des pièces justificatives et répondre à tout questionnaire ou fournir toute attestation médicale demandée par l'Assureur.

Sauf cas de force majeure, ces justificatifs doivent être présentés à l'Assureur dans les trois mois qui suivent leur date d'établissement par le régime légal, et ce sous peine de déchéance.

Toute fausse déclaration sur la nature, les causes, les conséquences ou les circonstances d'un sinistre, annule le droit à la garantie pour ce sinistre.

• LITIGE

Pour tout litige médical, le différend est soumis à expertise, chaque partie choisissant son expert et prenant en charge ses frais et honoraires.

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expertise, un arbitre doit intervenir avant toute action en justice. Le tiers arbitre est choisi par l'adhérent sur une liste de 3 experts proposés par CEGEMA.

L'adhérent devra se prononcer dans les huit jours sur ce protocole d'accord. Les frais d'arbitrage sont supportés de moitié par les deux parties.

ART. 7 - Délai d'attente, âge limite d'adhésion et limitation des garanties

• MAXIMA SANTÉ II :

- Aucun délai d'attente pour les options ECO, C1, C2 et C3.
9 mois pour la maternité et ses conséquences quelle que soit l'option choisie.

Pour les options C4, C5 et C6 :

- aucun délai d'attente pour les soins médicaux courants (pharmacie, visites, consultations, analyses, radiologie et soins infirmiers) jusqu'au niveau de l'option C3.

Pour les autres prestations :

aucun délai d'attente ne s'applique dans la limite des taux offerts par l'option C3 et pour le régime des forfaits, ils seront servis immédiatement dans la limite de ceux offerts par l'option C3.

Au delà des garanties offertes par l'option C3, les délais d'attente sont de :

- 6 mois pour l'hospitalisation pour maladie, pour les soins dentaires, l'appareillage, l'orthopédie, l'optique, les cures, les massages, l'orthoptie, les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'orthophonie, la chambre particulière.
- 9 mois pour la maternité et ses conséquences.

Ces délais d'attente sont abrogés en cas de reprise à la concurrence au même niveau de garantie si le contrat est souscrit dans un délai inférieur à 2 mois après la cessation des garanties précédentes. (justificatifs exigés).

Limite d'âge à l'adhésion :

Pour les options ECO, C1, C2 et C3 : 80 ans, sans questionnaire médical.

Pour les options C4, C5 et C6 : 65 ans, avec questionnaire médical.

L'âge se calculant par différence des millésimes d'adhésion et de naissance.

Autorisation de prélèvement à remplir au verso et à découper selon les pointillés

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AU VERSO

• MAXIMA SANTÉ À LA CARTE :

- Aucun délai d'attente pour les soins courants niveau **BASE 100%**.
- Pour les **GARANTIES «RENFORT»**, les délais d'attente sont de 6 mois et de 9 mois pour la maternité.

Ces délais d'attente sont abrogés en cas de reprise à la concurrence au même niveau de garantie si le contrat est souscrit dans un délai inférieur à 2 mois après la cessation des garanties précédentes. (justificatifs exigés).

Limite d'âge à l'adhésion :

70 ans, avec questionnaire médical.

L'âge se calculant par différence des millésimes d'adhésion et de naissance.

Pour tous les contrats Maxima, les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle et de psychiatrie sont limités à 30 jours par an et par personne.

Pour les consultations de psychiatrie et neuro-psychiatrie, la prise en charge sera de 6 par an au maximum.

ART. 8 - Cotisation, calcul de la cotisation

La cotisation est constituée de la prime nette et des impôts et taxes en vigueur. Elle est fonction de la garantie choisie, du nombre des bénéficiaires, de l'âge et du régime légal de chacun d'eux.

• VARIATION DE LA COTISATION

Les prestations et cotisations sont automatiquement et immédiatement ajustées en cas de modifications des bases de remboursement des régimes légaux.

Le tarif évolue chaque début d'année en fonction de l'âge atteint par l'Assuré et son conjoint.

Il évolue contractuellement de 2% chaque début d'année jusque 65 ans. A partir de 66 ans, son évolution annuelle est portée à 3,5%. A ces taux s'ajoute l'augmentation liée à l'évolution de la consommation médicale du groupe concerné.

La cotisation des enfants socialement à charge est maintenue au titre de la "cotisation enfant" jusqu'au 18ème anniversaire. Il est entendu que les cotisations du 3ème enfant et des suivants sont gratuites à condition que les deux premiers enfants ne soient pas âgés de plus de 18 ans.

• PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable d'avance au siège de l'Assureur ou au domicile du mandataire désigné par lui à cet effet (sous réserve de l'application, à la demande du souscripteur, des dispositions de l'Article R113.5 du Code) selon le fractionnement prévu.

L'Assureur peut procéder, à l'occasion d'un règlement de prestations, à la perception par voie de compensation d'une ou plusieurs fractions exigibles.

• NON PAIEMENT DE LA COTISATION

A défaut du paiement d'une cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat - peut, par lettre recommandée valant mise en demeure, adressée au dernier domicile connu du souscripteur ou de la personne chargée du paiement des cotisations, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre. L'Assureur peut résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus par notification faite au souscripteur, soit dans la lettre recommandée, soit dans une nouvelle lettre recommandée.

ART. 9 - Modifications des garanties

L'Assuré peut modifier ses garanties à chaque échéance annuelle.

Pour toute nouvelle personne proposée à l'assurance, les formalités de souscription s'appliquent à nouveau.

En cas d'augmentation des garanties, les délais d'attente sont applicables pour les prestations supplémentaires, ainsi que les plafonds dentaires.

Les majorations de garanties sont subordonnées à l'avis favorable du médecin conseil de l'Assureur et ne s'appliquent pas aux traitements en cours.

ART. 10 - Suspension

Le contrat est suspendu de plein droit :

- pendant le temps passé par un Assuré sous les drapeaux ou en

cas de service civil obligatoire.

- si le séjour d'un Assuré hors de France dépasse 3 mois par an. Aucune prestation n'est accordée pour les maladies ou les accidents survenus pendant une période de suspension du contrat.

ART. 11 - Prestations

Les prestations prévues

- sont versées à concurrence des taux ou des participations prévus sous déduction des prestations versées par le régime légal et dans la limite des débours réels de l'Assuré.

Si l'hospitalisation a lieu dans un établissement non conventionné, remboursement limité à 500% du tarif de convention de l'hôpital le plus proche du domicile.

- sont garanties sans limite d'âge.

- sont versées pour les cures thermales acceptées par le régime obligatoire à concurrence des taux et du forfait prévu qui est versé au vu du décompte du régime légal.

- ne couvrent pas les frais de boisson, télévision, téléphone exposés lors d'une hospitalisation.

- sont versées sur justificatif de l'opticien pour l'achat des lentilles à concurrence de la participation prévue.

- sont réglées sous 8 jours à compter de la réception par l'Assureur des justificatifs demandés.

- L'allocation de maternité est subordonnée à l'inscription de l'enfant dans les 2 mois qui suivent la naissance exclusivement.

ART. 12 - Résiliations

Le contrat peut être résilié,

• PAR LE SOUSCRIPTEUR OU L'ASSUREUR

- A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance), puis ensuite à chaque échéance annuelle fixée au 1er janvier, avec un préavis de deux mois au moins au siège de **CEGEMA**, le cachet de la poste faisant foi.

IMPORTANT : Après deux années complètes d'assurance, l'Assureur renonce à utiliser son droit de résiliation annuelle et à se prévaloir de l'Article L.113.4 du Code. Pour les garanties ECO, C1, C2, C3, la garantie est viagère.

• PAR LE SOUSCRIPTEUR

- En cas de disparition des circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat, si l'Assureur refuse de réduire la prime en conséquence (L.113.7 du Code).

- en cas de résiliation pour sinistre par l'Assureur d'un autre contrat souscrit par l'Assuré (R.113.10 du Code).

- dans les trois mois suivant (L.113.16 du Code)

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

La résiliation doit être demandée par lettre recommandée avec avis de réception. Elle prend effet un mois après la réception de la lettre recommandée (R.113.6 à R.113.9 du Code).

Si l'Assuré bénéficie d'un contrat collectif obligatoire au sein de son entreprise, l'Assureur acceptera sa demande de résiliation moyennant un préavis de trois mois.

• PAR LA MASSE DES CREANCIERS DU SOUSCRIPTEUR

En cas de liquidation des biens ou de règlement judiciaire de celui-ci (L.113.6 du Code).

• DE PLEIN DROIT

En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur (R.326.1 du Code).

• CONTRACTUELLEMENT :

- POUR L'ENSEMBLE DU CONTRAT :

En cas de perte de la qualité d'assuré social du souscripteur. La portion de prime non absorbée est remboursée si elle a été perçue d'avance. Les autres Assurés du contrat peuvent souscrire un nouveau contrat avec des garanties identiques s'ils conservent la qualité d'assuré social.

- POUR UN ASSUREUR

En cas de perte de la qualité d'assuré social d'un Assuré autre que le souscripteur.

• EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT

Pendant une période supérieure à 12 mois pour un motif autre que le service national ou civil.

• MODALITES DE RESILIATION

Le contrat est résiliable :

- dans les cas prévus à l'Article L113.16 du Code uniquement par lettre recommandée avec avis de réception.

- dans les autres cas, soit par lettre recommandée, soit par déclaration contre récépissé au siège de l'Assureur ou à son Agence, soit par acte extra-judiciaire.

- la résiliation par l'Assureur doit être notifiée au souscripteur par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

• CONSEQUENCES DE LA RESILIATION

. Lorsque le contrat est résilié, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

ART. 13 - Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (L.114.1 et L.114.2 du Code).

ART. 14 - Subrogation

L'Assuré ou ses ayants droit conservent leur droit de recours contre tout responsable.

Toutefois, si l'Assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'Assuré dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable (Article L.121.12 du Code).

ART. 15 - Garantie frais obsèques

Si cette garantie est souscrite, elle assure le versement d'un forfait obsèques prévu dans le tableau des garanties pour les Assurés de moins de 65 ans.

Le versement est subordonné à la production à l'Assureur d'un acte de décès officiel mentionnant les noms et prénoms du défunt, sa date de naissance, la date et l'heure du décès.

ART. 16 - Informatique et liberté

Le souscripteur peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Compagnie (Loi n° 78-17 du 05.01.78).

Ce droit peut être exercé au siège de la Compagnie.

ART. 17 - Médiateur

En cas de désaccord sur une réponse donnée à une réclamation, vous pouvez demander l'intervention du Médiateur du Groupe Société suisse (France) en vous adressant à : Groupe Société suisse (France)

Médiation - 41, Rue de Chateaudun - 75009 PARIS

ART. 18 - Autorité de tutelle des Sté. d'Assurance

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est la commission de contrôle des assurances : 54, Rue de Chateaudun - 75009 PARIS

ART. 19 - Possibilité de contrôle médical

Chaque personne assurée doit fournir à l'Assureur, sur sa demande, tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident invoqués.

L'Assureur peut notamment lui demander de répondre à un questionnaire médical.

Il appartient à l'Assuré de faire en sorte que les renseignements, questionnaires ou attestations d'ordre médical parviennent au médecin-conseil de l'Assureur.

Le versement des prestations est suspendu dans l'attente de la production des documents demandés.

Contrat régi par le Code des Assurances



LES ASSURANCES DE VOTRE BIEN-ÊTRE

Siège social : 679, avenue du Docteur LEFEBVRE - BP 189 - 06272 VILLENEUVE LOUBET Cedex - Tél. 04 92 02 08 50 - Fax : 04 92 02 08 60

S.A. de gestion et de courtage d'assurances au capital de 300 000 € - CNIL N° 234798 - RCS Antibes B 378966485.
Garanties conformes aux articles L 530-1 et L 530-2 du Code des Assurances. Minitel : 36-23 ou 36-15 code CEGE (0,21 €/la minute).

Contrat collectif souscrit auprès de la Société SwissLife Prévoyance et Santé - S.A. au capital de 150 000 000 €. - Siège social : 86, Boulevard Haussman 75300 PARIS cedex 08 - 322 215 021 RCS Paris.
Entreprise régie par le Code des Assurances.