Assurance & Protection
Épargne & Retraite

abeille ASSURANCES

ASSURANCE SANTÉ

Abeille Assurances Santé

Complémentaire Frais de Soins
Conditions Générales

VERSION AVRIL 2026

Préambule

« Abeille Assurances Santé » est une offre Complémentaire frais de soins qui s'adresse aux particuliers tels que les salariés du privé, les salariés du public, les salariés agricoles, les retraités salariés, les retraités travailleurs non-salariés, les retraités exploitants agricoles, les étudiants, les personnes sans emploi. Les conjoints et enfants de ces particuliers peuvent également être bénéficiaires au contrat s'ils relèvent des catégories socioprofessionnelles précisées ci-dessus.

Cette offre n'est pas destinée aux travailleurs non-salariés, aux assimilés salariés et aux exploitants agricoles en activité ainsi qu'aux conjoints et enfants des personnes relevant de ces mêmes statuts.

Conditions Générales

Les Conditions Générales définissent la nature et l'étendue des garanties et des services. Elles rappellent les dispositions du Code des assurances qui régissent le fonctionnement du contrat, et en particulier nos obligations respectives. Elles précisent les modalités d'obtention des prestations et l'utilisation des services dont vous pouvez bénéficier.

Dans les présentes Conditions Générales :

« Souscripteur » désigne la personne signataire du contrat. Il est également désigné par le terme « **Vous** » dans les présentes Conditions Générales.

« **Bénéficiaire** » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties « Complémentaire frais de Soins » et qui sont inscrites aux Conditions Particulières.

« **Nous** ou **l'assureur** » désigne :

- Abeille IARD & Santé pour les garanties Frais de soins
- Abeille Assurances Assistance pour les prestations d'Assistance
  - « **Partie** » ou « Parties » désigne le Souscripteur ou Abeille IARD & Santé ou les deux.
  - « **le Code** » désigne le Code des assurances.

Conditions Particulières

Revêtues de votre signature et de la nôtre, ces Conditions sont dites Particulières car ce sont elles qui personnalisent votre contrat. Elles comportent notamment l'indication des noms des personnes bénéficiaires du contrat, de la formule de garanties et des services associés. Ces Conditions Particulières sont établies sur la base des renseignements que vous avez fournis au moment de la souscription.

En cas de contradiction, les Conditions Particulières prévalent sur les Conditions Générales ainsi que sur les autres documents composant votre contrat.

Abeille Assurances Santé

Complémentaire Frais de Soins

Sommaire

1. LEXIQUE 6

2. L'OBJET DU CONTRAT 11

2.1 Qui est assuré et bénéficie du contrat ? 11

2.2 Les conditions d'âge 11

3. LA VIE DU CONTRAT 11

3.1 La prise d'effet et la durée de la souscription 11

3.2 La déclaration du risque 11

3.3 Le paiement des cotisations 12

3.4 La cotisation et sa révision 13

3.5 L'évolution des prestations 13

3.6 La résiliation 13

3.6.1 Formes de la résiliation 14

3.6.2 Sort de la cotisation en cas de résiliation 15

3.6.3 Conséquence de la résiliation du contrat sur le droit aux prestations 15

4.LES GARANTIES ET SERVICES DU CONTRAT COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS 15

4.1 L'objet de la garantie frais de soins 15

4.2 Les remboursements 15

4.2.1 Les modalités de déclaration de sinistre 15

4.2.2 Sanctions en cas de non-respect de vos obligations lors du sinistre 15

4.3 Les prestations 16

4.4 Bases et règles applicables au remboursement 16

4.4.1 Les remboursements exprimés en pourcentage 16

4.4.2 Les remboursements exprimés en forfait en euros 16

4.4.3 Limitation - Le plafond dentaire 17

4.5 L'entrée en vigueur de la garantie Complémentaire frais de soins 18

4.6 La subrogation 18

4.7 Ce qui n'est pas garanti 18

4.8 Ce qui est garanti avec limitations 19

4.8.1 Couverture limitée au ticket modérateur et au forfait journalier en cas d'hospitalisation 19

4.8.2 En cas de séjour en centre, service ou établissement psychiatrique conventionné ou non conventionné 19

4.8.3 En cas d'hospitalisation à l'étranger 20

4.8.4 En cas de soins à l'étranger 20

4.9 Les pays dans lesquels la garantie s'applique 20

4.10 Le service de tiers payant 21
4.11 Le service de télétransmission des données avec les caisses de Régime obligatoire 22
4.12 La consultation en ligne de vos remboursements et autres services de votre espace personnel 22
4.13 L'obtention des prestations 23

5. LES TABLEAUX DE GARANTIES 27
5.1 Le tableau des garanties frais de soins 27
5.2 Le tableau des garanties complémentaires 33

6. LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES 34
6.1 Cadre juridique des contrats responsables 34
6.2 Signature électronique de documents 34
6.3 La renonciation au contrat en cas de démarchage ou de vente à distance 35
6.4 Réclamation et médiation 36
6.5 Protection des données personnelles 37
6.6 Le contrôle des assurances 38
6.7 La prescription 39
6.8 Opposition au démarchage téléphonique 39
6.9 Réglementation - Mesures restrictives 39
6.10 Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme 39
6.11 La législation 40

7. L'ASSISTANCE 40
7.1 Modalités de mise en œuvre 40
7.2 Définitions et domaine d'application de la garantie 40
7.3 Prestations d'assistance 41
7.3.1 Aide à domicile 41
7.3.2 Garde d'enfants à domicile 42
7.3.3 Présence au chevet 42
7.3.4 Garde ou transfert des personnes dépendantes 42
7.3.5 Garde des animaux familiers (chiens et chats) 42
7.3.6 Services à domicile 42
7.3.7 Assistance médicale au quotidien 43
7.3.8 Enfant immobilisé suite à une maladie ou une blessure 43
7.3.9 Informations 44
7.3.10 Autres prestations 44
7.4 DISPOSITIONS GÉNÉRALES CONCERNANT L'ASSISTANCE AU QUOTIDIEN 45
7.4.1 Exclusions 45
7.4.2 Cas d'exonération de responsabilité et cas de force majeure 45

1. Lexique

Année d'assurance
Période de 12 mois consécutifs décomptés à partir de la date de prise d'effet des garanties de chaque bénéficiaire au contrat.

Accès direct spécifique
Certains médecins peuvent être consultés directement sans conséquence financière sur les remboursements du Régime obligatoire. Il s'agit notamment des gynécologues, des ophtalmologues, des psychiatres ou neuropsychiatres pour les personnes âgées entre 16 et 25 ans, des stomatologues.

Accident
Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la victime bénéficiaire au contrat, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Avenant
Document (nouvelles Conditions Particulières) matérialisant une modification au contrat d'origine.

Base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale
Tarif servant de base au remboursement par le Régime obligatoire des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé et pouvant servir de base au remboursement par le Régime complémentaire frais de soins.

Bénéficiaire
La (ou les) personne(s) garantie(s) et désignée(s) aux Conditions Particulières.

Cas de force majeure
Evénement extérieur, imprévisible et irrésistible, c'est-à-dire un événement extérieur qu'on ne peut ni prévoir, ni empêcher et dont on n'est pas responsable.

Catégorie de médecins
Les praticiens conventionnés ont adhéré aux conventions nationales conclues entre leur profession et les Régimes obligatoires d'assurance maladie.

Ils peuvent être :

- **Médecin conventionné en secteur 1 :** il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime obligatoire.
- **Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassements permanents (DP) :** en raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer un dépassement de tarif dans certaines conditions. Hors parcours de soins, ces dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire.
- **Médecin conventionné en secteur 2 : i**l est autorisé à pratiquer des honoraires libres qu'il doit fixer avec « tact et mesure ». Les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire.
- **Les praticiens non conventionnés** ont choisi de se dégager personnellement de la convention passée entre les Régimes obligatoires d'assurance maladie et leur profession. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.
- **Médecin DPTAM :** médecin adhérant au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, OPTAM-ACO, cf. définition Dispositifs de pratique tarifaires maîtrisées) : il s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires et permet ainsi à son patient d'être mieux remboursé et de limiter son reste à charge. En échange de ce dispositif, le médecin bénéficie de réductions de charge. Les actes concernés sont les consultations, les visites, les actes techniques médicaux, les actes de radiologie, les actes de chirurgie, les actes d'anesthésistes.

Catégorie socioprofessionnelle
Les différentes catégories socioprofessionnelles du contrat « Abeille Assurances Santé » sont : Salarié Cadre fonction publique ou privée, Salarié Profession intermédiaire fonction publique ou privée, Salarié Employé fonction publique ou privée, Salarié Ouvrier, Retraité agricole, Retraité Travailleur non salarié, Retraité Salarié, Inactif / Sans activité, Enfant et Etudiant.

Certificat électronique
Document numérique qui permet d'authentifier l'auteur d'une signature électronique. Il est délivré par une Autorité de Certification (Le tiers certificateur), qui est une organisation de confiance qui garantit l'identité de l'utilisateur.

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

Contrat responsable
Contrat complémentaire frais de soins répondant aux critères fixés par la loi c'est à dire :

- remboursant au minimum le ticket modérateur pour les consultations, les consultations du médecin traitant et des médecins correspondants, les médicaments remboursés à 65 % par le Régime obligatoire, les frais d'analyses et de laboratoire prescrits par le médecin traitant ou les médecins correspondants, prenant en charge le ticket modérateur des prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et dont la liste a été fixée par arrêté ministériel du 8 juin 2006,
- ne pouvant jamais rembourser la participation forfaitaire et les franchises médicales,
- ne pouvant pas prendre en charge, lorsque le patient est en dehors du parcours de soins :
  - le ticket modérateur majoré,
  - la franchise sur les dépassements d'honoraires des médecins pour des actes cliniques ou techniques. Cette franchise correspond au montant du dépassement autorisé facturable sur l'acte fourni par un spécialiste de secteur 1.
- prenant en charge le forfait journalier hospitalier sans limite de durée, cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et ne concerne pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD),
- limitant la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, OPTAM-ACO),
- prévoyant le tiers payant sur le ticket modérateur pour les soins de ville,
- remboursant intégralement certains équipements optiques, certaines prothèses dentaires, certaines aides auditives, certains fauteuils roulants et certaines prothèses capillaires lorsque ces soins et équipements répondent aux critères du panier de soins 100% Santé,
- respectant des plafonds de remboursement pour les équipements optiques et les prothèses auditives en dehors du panier 100% Santé,
- encadrant le renouvellement des équipements optiques, des aides auditives et des prothèses capillaires.

Déchéance
Perte de tout droit à indemnisation, à la suite de l'inexécution de vos obligations après survenance de l'événement, lorsque vous ne justifiez pas avoir été mis dans l'impossibilité d'agir en raison d'un cas de force majeure.

Délai d'attente
Période pendant laquelle la garantie ne s'applique pas.
Le délai d'attente démarre, pour chaque bénéficiaire, au jour de sa souscription.

Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée
L'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) est un dispositif ouvert aux médecins de secteur 2 (à honoraires libres) et certains médecins du secteur 1 (médecins secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-ACO est un dispositif équivalent qui concerne uniquement les spécialistes en anesthésie, chirurgie ou en gynécologie-obstétrique. Ces dispositifs prévoient une limitation des dépassements d'honoraires de ces médecins. Vous pouvez consulter le site de l'Assurance maladie pour connaître les médecins adhérant à ces différents dispositifs.

Échéance
Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation en fonction de la périodicité choisie.

Échéance principale
Échéance à laquelle intervient la variation du montant des cotisations. C'est la date à laquelle le contrat est renouvelé par tacite reconduction ; elle est mentionnée sur les Conditions Particulières.

Enfant
Il s'agit du ou des enfants mineurs ou majeurs du souscripteur et/ou du conjoint.

Envoi recommandé électronique
L'envoi recommandé électronique, avec ou sans avis de réception, est un envoi recommandé envoyé sous forme dématérialisée.
L'envoi recommandé électronique est équivalent à l'envoi par lettre recommandée papier, dès lors qu'il satisfait aux exigences de l'article L100 du Code des postes et des communications électroniques.
Il peut donc être utilisé en lieu et place de l'envoi de la lettre recommandée papier dans les différentes circonstances prévues par le Code des assurances et les présentes Conditions Générales

Cet envoi recommandé électronique, quel que soit son objet, doit impérativement être transmis :

- **par un prestataire de service de confiance qualifié (à défaut, l'envoi n'aura pas valeur d'envoi recommandé électronique)**
- **à l'adresse suivante :**

  LRE_assurance@abeille-assurances.fr

  (cette adresse est strictement réservée aux envois recommandés électroniques et ne doit pas être utilisée à d'autres fins que ce type d'envoi).

Espace personnel sécurisé
Désigne le portail internet privé et sécurisé auquel vous pouvez accéder gratuitement par la saisie de vos identifiant et mot de passe. Il contient les informations et documents relatifs à la souscription électronique du contrat ainsi que certains documents de gestion.

Franchises médicales
Pour certains médicaments et certains soins, le Régime obligatoire déduit de son remboursement une franchise. Cette franchise en euros est à votre charge, elle n'est pas remboursée par la Complémentaire santé. Sont concernés :

- les médicaments achetés en pharmacie de ville ou en pharmacie hospitalière, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
- les actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
- les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Les franchises sont dues si vous avez 18 ans et plus, dans le cadre d'un plafond annuel en euros unique, absorbant la totalité de ces franchises médicales. Les franchises ne s'appliquent pas dans le cadre de l'Assurance maternité. Ces franchises interviennent en plus de la participation forfaitaire. Ces franchises et leurs montants sont définis réglementairement.

Hors parcours de soins
Vous êtes hors parcours de soins coordonnés si, âgé de seize ans et plus, vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous consultez directement un médecin sans avoir vu au préalable votre médecin traitant. Vous êtes moins bien remboursé sauf en cas d'urgence, éloignement, absence de votre médecin, accès direct autorisé.

Hospitalisation
Tout séjour dans un établissement de soins public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.
L'hospitalisation à domicile est assimilée à des soins médicaux courants.

Hospitalisation de Long Séjour
Hospitalisation dans un centre, établissement ou service dont la mission principale est d'héberger des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Maladie

Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.
Sont considérés comme maladie : les hernies, ruptures ou déchirures musculaires ou tendineuses, lumbagos, «tours de reins, rhumatismes, gelures, insolations et autres effets de la température.

Médecin traitant
C'est le médecin que vous avez déclaré à votre caisse d'Assurance maladie et qui assure la coordination de vos soins. Il peut vous orienter vers d'autres professionnels de santé.

Nullité

Mesure destinée à sanctionner la fausse déclaration ou réticence intentionnelle de nature à tromper l'assureur dans son appréciation du risque. Le contrat frappé de nullité est censé n'avoir jamais existé. Les sommes réglées au titre des sinistres doivent être remboursées à l'assureur qui conserve à titre d'indemnité les cotisations qu'il a reçues. Il est également en droit de solliciter à titre de dommages et intérêts le paiement de la prime échue. Cette mesure est prévue à l'article L.113-8 du Code des assurances.

Paniers 100% Santé

- **Équipement optique 100% Santé :** il s'agit d'un équipement (1 monture + 2 verres) dont les caractéristiques sont définies réglementairement dans le cadre du panier 100% Santé et remboursé intégralement dans la limite des Prix Limite de Vente et des conditions de renouvellement fixés réglementairement.
- **Équipement d'aides auditives 100% Santé :** il s'agit d'un équipement dont les caractéristiques sont définies réglementairement dans le cadre du panier 100% Santé et remboursé intégralement dans la limite des Prix Limite de Vente et dans la limite des conditions de renouvellement fixés réglementairement.
- **Soins et prothèses dentaires 100% Santé :** il s'agit de soins et prothèses remboursés intégralement dans la limite des Honoraires Limites de Facturation définis réglementairement.
- **Les Véhicules pour Personnes en situation de Handicap 100% Santé :** il s'agit des véhicules pour personnes en situation de handicap en location de courte durée (LCD, jusqu'à 26 semaines), dont la liste est définie réglementairement et remboursés intégralement dans la limite des Prix Limite de Vente fixés réglementairement.
- **Prothèses capillaires 100% Santé :** il s'agit de prothèses capillaires de classe 2 remboursées intégralement dans la limite des Prix Limite de Vente fixés réglementairement.

Parcours de soins

Le patient, s'il est âgé de plus de seize ans, doit consulter son médecin traitant en première intention pour tout acte médical, exception faite pour l'ophtalmologie, la pédiatrie, la gynécologie, le dentaire et hors cas exceptionnel par exemple éloignement, urgence, absence du médecin-traitant.
Le médecin traitant pourra, si besoin, orienter son patient vers un spécialiste ou un généraliste, appelé médecin correspondant.

Participation forfaitaire

Il s'agit d'une participation en euros à votre charge qui n'est pas remboursée par la Complémentaire santé. Elle est déduite automatiquement des remboursements effectués par le Régime obligatoire si vous avez 18 ans et plus. Elle concerne les actes médicaux à l'exception des actes réalisés au cours d'une hospitalisation, les analyses de biologie médicale et les examens de radiologie. Cette participation forfaitaire et son montant sont définis réglementairement.

Prescription

Délai au-delà duquel toutes les actions sont éteintes, c'est-à-dire qu'aucune réclamation n'est plus recevable.

Régime obligatoire (RO)

Le Régime obligatoire français d'assurance maladie auquel chaque bénéficiaire au contrat est affilié.

Remboursements, Prestations

Nos remboursements dépendent de plusieurs éléments :

- la lettre-clé qui exprime la nature de l'acte médical et qui est parfois accompagnée d'un coefficient indiquant la valeur de l'acte lorsque l'acte médical se réfère à la nomenclature générale des actes professionnels,
- le code de regroupement de l'acte technique en cas de référence à la classification commune des actes médicaux. l'acte est identifié par un code tarifant et un tarif en euros,
- le panier de soins pour certains actes en optique, aides auditives et dentaire,
- le tarif servant de base de remboursement,
- la catégorie de médecin,
- le taux de participation au Régime obligatoire, ce taux variant dans le cadre du parcours de soins et hors parcours de soins,
- les frais réellement engagés,
- de la formule de garantie « Complémentaire Frais de Soins » souscrite et prévue aux Conditions Particulières.

Signature électronique
Mécanisme permettant de garantir l'intégrité d'un document électronique et l'authentification de l'auteur pour s'assurer que l'acte ne puisse être remis en cause (on parle de non-répudiation) par analogie avec la signature manuscrite d'un document papier.

Soins médicaux courants
Les frais exposés pour une maladie ou un accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et donnent lieu à remboursement par le Régime obligatoire.

Souscripteur
La personne signant les Conditions Particulières, acquittant les cotisations et pouvant ainsi accéder aux garanties et services de ladite souscription.

Tarif de Convention
Tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé ayant adhéré aux Conventions Nationales.

Tarif de Responsabilité
Tarif arrêté par les Pouvoirs Publics et qui s'applique au remboursement des séjours hospitaliers et à certains autres actes.

Tarif d'Autorité
Tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

Ticket Modérateur
La part des frais de soins restant à charge après intervention du Régime obligatoire, calculée sur la base de remboursement du Régime obligatoire et dans le cadre du parcours de soins. Ce ticket Modérateur varie selon la nature des frais engagés. Il peut comprendre une franchise en cas « d'acte lourd » (acte dont le montant est de 120 euros ou plus depuis le 1er janvier 2013).

Traitement
Ensemble des actes médicaux, chirurgicaux ou paramédicaux visant à soigner une maladie ou les conséquences d'un accident.

Tiers archiveur
Désigne l'organisme qui s'occupe de collecter, de stocker et de conserver les archives qu'il reçoit. Il garantit à son client la bonne conservation de ces données, leur protection et leur mise à disposition ainsi que la possibilité de restituer ces données à leur propriétaire sur demande.

Tiers certificateur
Désigne l'organisme responsable de l'émission, de la délivrance et de la gestion des certificats numériques utilisés pour sécuriser la signature électronique.

2. L'OBJET DU CONTRAT

La souscription au contrat « Complémentaire Frais de Soins » a pour objet de faire bénéficier à l'ensemble des bénéficiaires :

- du remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré en cas d'accident, de maladie ou de maternité, ainsi que du remboursement intégral des soins et équipements « 100% Santé » ;
- et de services comme les prestations d'Assistance, la télétransmission des données avec le Régime obligatoire et le tiers payant.

2.1 Qui est assuré et bénéficie du contrat ?

Les personnes qui peuvent bénéficier du contrat complémentaire Frais de soins sont :

- Le souscripteur du contrat
- Le conjoint et ou les enfants du Souscripteur

Ces personnes doivent être affiliées au Régime général de la Sécurité sociale ou de la Fonction publique ou de la Mutualité Sociale Agricole et rentrer dans les catégories socioprofessionnelles prévues par le contrat Complémentaire Frais de soins.

Chaque bénéficiaire peut être affilié à un Régime obligatoire différent (parmi ceux cités ci-dessus), **en revanche c'est la même formule de garanties qui est souscrite pour l'ensemble des bénéficiaires.**

2.2 Les conditions d'âge

Pour souscrire vous devez être âgé de 18 ans minimum, être assujetti à un Régime obligatoire français, en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Vous avez la possibilité de souscrire un contrat pour votre/vos enfant(s) mineur(s) sans être vous-même bénéficiaire du contrat.

Vous avez la possibilité de souscrire un contrat pour votre/vos enfant(s) majeur(s) sans être vous-même bénéficiaire du contrat. Un enfant majeur peut aussi souscrire son propre contrat.

L'âge limite à la souscription diffère selon le niveau de couverture souscrit :

- Jusqu'à 90 ans pour les formules de base
- Jusqu'à 90 ans pour les formules de base avec l'option Confort
- Jusqu'à 80 ans pour les formules de base avec l'option Confort+.

Cette limitation d'âge à la souscription concerne l'ensemble des bénéficiaires au contrat et quel que soit le Régime obligatoire de chacun.

Cette limitation d'âge s'applique également lors d'un changement de garanties en cours de contrat.

3. LA VIE DU CONTRAT

3.1 La prise d'effet et la durée de la souscription

Le contrat prend effet à compter de la date mentionnée sur les Conditions Particulières. Le contrat est établi pour une durée d'un an, il est tacitement reconduit à chaque échéance pour une durée d'un an, sauf dénonciation par vous ou nous dans les conditions mentionnées au paragraphe « La résiliation ».

3.2 La déclaration du risque

Votre contrat a été établi à partir des réponses aux questions qui vous ont été posées lors de la souscription et la cotisation est fixée en conséquence. Vous devez répondre exactement aux questions posées lors de la souscription afin de nous permettre d'apprécier le risque. Vos réponses ont été reproduites aux Conditions Particulières.

Afin que vos garanties vous protègent au mieux, elles doivent à tout moment être adaptées à votre situation. N'oubliez pas d'informer votre Agent général lorsque par exemple vous changez d'adresse, lorsque la composition familiale change bref, lorsqu'une modification est apportée à l'un des éléments déclarés aux Conditions Particulières.

Toute demande de changement de formule de garantie doit être faite par vous. La modification prend effet à la date anniversaire de la souscription et concerne l'ensemble des bénéficiaires.

En cours de contrat, vous nous informerez par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique dans les 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, des circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et de ce fait rendent inexactes ou caduques les réponses faites à la proposition d'assurance.

Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :

- votre changement de domicile, à défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux,
- votre changement de Régime obligatoire,
- votre changement de catégorie socioprofessionnelle et ou profession,
- la souscription d'autres contrats garantissant le même risque.

Lorsque la modification constitue une aggravation du risque (sauf en matière d'état de santé), nous vous proposons une nouvelle cotisation. Si vous ne donnez pas suite à notre proposition ou refusez le montant dans les 30 jours, nous pourrons résilier votre contrat au terme de ce délai.

Lorsque la modification atténue la gravité des circonstances, vous pourrez demander une diminution du montant de la cotisation (sauf si cette modification est liée à votre état de santé). **A défaut d'accord de notre part, vous pourrez résilier votre contrat, la résiliation prenant effet 30 jours après.**

Conséquences du manquement à vos obligations de déclarations

Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances ou des aggravations définies ci-dessus est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur la réalisation du sinistre dès lors qu'elle a faussé notre opinion du risque.

Si nous établissons que cette réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude est intentionnelle de votre part, le contrat est réputé nul conformément à l'article L113-8 du Code des assurances. Nous conservons alors la ou les cotisations versées et nous vous réclamons le remboursement des sommes que nous avons été éventuellement amenés à payer au titre des sinistres survenus. S'il s'agit d'une erreur non intentionnelle, nous vous proposons une nouvelle cotisation et si vous refusez la nouvelle cotisation, nous résilions le contrat avec un préavis de 10 jours conformément à l'article L113-9 du Code des assurances.

3.3 Le paiement des cotisations

Les cotisations ainsi que les taxes sont payables d'avance. Elles sont annuelles, mais à votre demande, leur paiement pourra être fractionné. Toutefois, en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à son échéance, cette facilité disparaît si nous sommes amenés à vous adresser une mise en demeure.

La lettre de mise en demeure :

- supprime les facilités offertes par le fractionnement en rendant exigible la totalité de la cotisation annuelle,
- est valable même si elle est envoyée à votre ancienne adresse, au cas où vous auriez omis de nous signaler un changement de domicile ou de résidence,
- nous donne le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours suivant la mise en demande. Sauf si la résiliation est intervenue entre-temps, le contrat reprend ses effets le lendemain à midi du jour où vous payez l'intégralité des cotisations dues et des frais de recouvrement dont vous seriez redevable. En cas de nécessité, vous devez apporter la preuve du paiement.

Conséquences de la suspension du contrat pour non-paiement des cotisations sur le droit aux prestations :

La suspension des garanties et des services pour non-paiement de la cotisation entraîne la perte définitive de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents survenus ou à des maladies constatées médicalement pendant la période de suspension.

3.4 La cotisation et sa révision

En début d'assurance, la cotisation est fixée en fonction :

- du régime obligatoire d'assurance maladie,
- de la formule de garanties choisie,
- de l'âge de chaque bénéficiaire à la prise d'effet du contrat,
- de l'adresse de résidence principale du Souscripteur
- et des taxes en vigueur.

En cours d'assurance, la cotisation évolue à chaque échéance principale en fonction de l'âge des bénéficiaires, d'une modification éventuelle de l'adresse de résidence du souscripteur et de l'évolution générale de la consommation médicale.

Une évolution des résultats techniques constatés sur une ou plusieurs formules pourra nous amener à changer les conditions tarifaires de votre contrat.

Dans ces hypothèses de majoration de la cotisation, vous pourrez résilier votre contrat dans les 30 jours suivant la date à laquelle vous aurez eu connaissance de cette modification, la résiliation intervenant un mois après sa notification. Vous resterez redevable de la portion de cotisation calculée sur la base du tarif précédent, au prorata du temps écoulé entre la date du dernier appel de cotisation et la date d'effet de la résiliation.

Par ailleurs, tout changement de loi, de réglementation ou de fiscalité impactant nos engagements entraînera une modification de la cotisation correspondant à ce changement de situation.

Cette modification peut être réalisée en cours de contrat dès l'application de cette nouvelle réglementation, si celle-ci le prévoit, ou au plus tard à la prochaine échéance principale.

3.5 L'évolution des prestations

Les prestations exprimées en euros (forfaits, chambre particulière, indemnités…) ne font pas l'objet de variation de leur montant en cours de contrat.

3.6 La résiliation

Par vous

- A l'échéance principale en respectant un préavis de deux mois (Art. L 11312 du Code des assurances),
- À tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de première souscription. La résiliation prend effet un mois après que nous en ayons reçu notification de votre part ou de la part de votre nouvel organisme complémentaire santé (article L113-15-2 du Code des assurances),
- En cas de diminution des circonstances de la garantie, si nous refusons de réduire la cotisation en conséquence (L113-4 du Code des assurances),
- En cas de révision du tarif,
- Au cas où l'un des bénéficiaires cesserait de bénéficier d'un Régime maladie obligatoire français. La résiliation est alors limitée à cette personne,
- En cas de refus par le souscripteur d'une modification des garanties et niveaux de remboursement résultant d'évolutions législatives ou réglementaires du contenu du « contrat responsable » (Cf. L'objet de la garantie), dans un délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.

Par nous

- En cas de non-paiement des cotisations (L113-4 du Code des assurances),
- En cas d'aggravation des circonstances de la garantie si vous n'acceptez pas le nouveau tarif (L141-4 du Code des assurances),

Par vous et par nous

- En cas de changement de domicile, de catégorie socioprofessionnelle et ou de profession, de Régime obligatoire et lorsque les risques garantis, en relation directe avec la situation antérieure, ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La résiliation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement et prend effet un mois après la notification à l'autre partie.

De plein droit

- En cas de dissolution de l'entreprise d'assurances à la suite du retrait de son agrément (L326-12 du Code des assurances),
- En cas de décès du Souscripteur si celui-ci était le seul bénéficiaire âgé de plus de 18 ans.
- En cas de changement de Régime obligatoire ou de catégorie socioprofessionnelle et ou de profession si ceux-ci ne répondent plus aux critères de souscription du contrat.

3.6.1 Formes de la résiliation

L'article L.113-14 du Code des assurances prévoit :

I - « Lorsque l'assuré a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'assuré :

1. soit par lettre ou tout autre support durable ;

2. soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;

3. soit par acte extrajudiciaire ;

4. soit, lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;

5. soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

II – Lorsqu'un contrat d'assurance couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles a été conclu par voie électronique ou a été conclu par un autre moyen et que l'assureur, au jour de la résiliation par le souscripteur, offre au souscripteur la possibilité de conclure des contrats par voie électronique, la résiliation est rendue possible selon cette même modalité.

À cet effet, l'assureur met à la disposition de l'intéressé une fonctionnalité gratuite permettant d'accomplir, par voie électronique, la notification et les démarches nécessaires à la résiliation du contrat. Lorsque l'intéressé notifie la résiliation du contrat, l'assureur lui confirme la réception de la notification et l'informe, sur un support durable et dans des délais raisonnables, de la date à laquelle le contrat prend fin et des effets de la résiliation. […] »

Il vous est donc possible de notifier la résiliation de votre contrat à votre choix :

- soit à votre interlocuteur habituel (Agent général Abeille Assurances, courtier ou chargé de relation client) dont l'adresse postale et l'adresse e-mail sont indiquées aux Conditions Particulières du contrat.
- soit au Siège social d'Abeille IARD & Santé.

L'envoi de votre demande de résiliation au Siège social d'Abeille IARD & Santé peut notamment s'effectuer selon les modalités suivantes :

- soit par courriel adressé impérativement à :

  resiliation_assurance@abeille-assurances.fr

  (cette adresse est strictement réservée à l'envoi de demandes de résiliation et ne doit pas être utilisée à d'autres fins que ce type d'envoi).
- soit par lettre simple ou recommandée adressée à :

  Abeille IARD & Santé
  13 rue du Moulin Bailly
  92270 Bois-Colombes.
- soit au moyen d'un envoi recommandé électronique adressé à :

  LRE_assurance@abeille-assurances.fr
- soit en ligne, depuis l'espace personnel sécurisé (accessible sur **www. abeille-assurances.fr** ou depuis l'application mobile).

Le Code des assurances exigeant que la résiliation du contrat soit notifiée au moyen d'un support durable, la résiliation d'un contrat par téléphone, par SMS, par messagerie instantanée ou via un réseau social n'est pas recevable.

En revanche, la résiliation à notre initiative vous sera toujours notifiée par lettre recommandée (avec demande d'avis de réception dans le cas de la résiliation prévue à l'article L113-16 du Code des assurances) adressée à votre dernier domicile connu de notre Compagnie.

3.6.2 Sort de la cotisation en cas de résiliation

Lorsque la résiliation du contrat a lieu entre deux échéances, la portion de cotisation correspondant à la période postérieure à la résiliation vous est remboursée si elle a été perçue d'avance (sauf en cas de non-paiement des cotisations, déclarations sciemment fausses ou falsifications de pièces).

3.6.3 Conséquence de la résiliation du contrat sur le droit aux prestations

Les prestations sont dues, pour les soins et traitements en cours, jusqu'à la prise d'effet de la résiliation, lorsque le contrat est résilié soit par le souscripteur, soit par nous.

4.LES GARANTIES ET SERVICES DU CONTRAT COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS

Le contrat comprend :

- une Complémentaire Frais de Soins qui dépend de votre Régime obligatoire d'assurance maladie et de la formule de garantie choisie,
- et des services.

La garantie complémentaire frais de soins et les services associés sont précisés sur les Conditions Particulières et peuvent prévoir :

- des services de Tiers-payant (auprès des pharmacies, laboratoires, cabinets radiologiques, opticiens, audio-prothésistes, auxiliaires médicaux, dentistes, cabinets dentaires),
- un accord de télétransmission de vos décomptes selon votre Caisse de Régime obligatoire, permettant un traitement plus rapide de vos prestations,
- un service d'assistance dont les prestations sont décrites au paragraphe 7 - ASSISTANCE.

Ce contrat d'assurance complémentaire frais de soins n'est pas une surcomplémentaire.

4.1 L'OBJET DE LA GARANTIE FRAIS DE SOINS

Cette garantie « Complémentaire Frais de Soins », accordée à toutes les personnes nominativement désignées aux Conditions Particulières vous permet d'obtenir le remboursement de vos frais d'ordre médical et chirurgical exposés à la suite d'une maladie ou d'un accident ou d'une maternité en complément des prestations versées par votre Régime obligatoire d'assurance maladie. Elle est accordée à titre viager dès la prise d'effet du contrat, sauf en cas de non-paiement de la cotisation, d'inexactitude dans la déclaration du risque, de falsification de pièces dans le but d'obtenir des prestations indues.

4.2 LES REMBOURSEMENTS

4.2.1 Les modalités de déclaration de sinistre

Les modalités de déclaration de sinistre sont propres à chaque prestation et sont précisées aux paragraphes « L'obtention des garanties »

4.2.2 SANCTIONS EN CAS DE NON-RESPECT DE VOS OBLIGATIONS LORS DU SINISTRE

Absence ou retard de déclaration (Art. L113-2 du Code des assurances)

Lorsque vous ne respectez pas les délais, vous perdez tout droit à garantie, sauf cas fortuit ou de force majeure, si nous établissons que ce retard nous a causé un préjudice.

Mauvaise foi ou tentative de tromperie

Si, à l'occasion de la déclaration d'un sinistre, nous établissons votre mauvaise foi ou une tentative de tromperie portant notamment sur la date, la nature, les circonstances, les causes ou conséquences de l'évènement, vous perdez votre droit à la garantie.

L'emploi ou la production intentionnelle de renseignements ou de documents inexacts ou falsifiés, concernant par exemple : l'origine ou la nature d'une maladie, la date de survenance d'un accident, l'identité de la personne soignée, la date des soins… dans le but d'obtenir des prestations indues, entraîne la perte de tout droit à garantie, pour la maladie ou l'accident en cause.

4.3 Les prestations

Les prestations que nous vous versons dépendent de la formule de garantie que vous avez choisie et qui est précisée aux Conditions Particulières.

Nos remboursements sont subordonnés à l'intervention préalable de votre Régime obligatoire sauf certains actes mentionnés dans le tableau de garanties figurant dans les Conditions Particulières.

Dans tous les cas, les règlements cumulés de votre Régime obligatoire et de votre contrat Complémentaire Frais de Soins ne peuvent dépasser les frais réellement engagés.

4.4 Bases et règles applicables au remboursement

4.4.1 Les remboursements exprimés en pourcentage

Lorsque la garantie est exprimée par un pourcentage de la base de remboursement, elle inclut la part de remboursement de votre Régime obligatoire français.

Nos remboursements se font donc sous déduction du remboursement du Régime obligatoire selon le pourcentage et la base de remboursement en vigueur au moment des soins.

Cas particulier du poste Dentaire :

- Soins et prothèses 100% Santé : le remboursement est intégral dans la limite des Honoraires Limites de Facturation fixés réglementairement grâce aux remboursements conjoints du Régime obligatoire et de la Complémentaire frais de soins.
- Soins et prothèses hors 100% Santé à tarif maîtrisé et à tarif libre : le remboursement de la Complémentaire santé est effectué en complément du Régime obligatoire selon la formule souscrite et dans la limite des plafonds d'honoraires fixés réglementairement.

4.4.2 Les remboursements exprimés en forfait en euros

Certains remboursements sont effectués sous forme d'un « forfait » en euros. Le montant du «forfait» correspond à un plafond maximum par année d'assurance et par bénéficiaire.

Si la formule de garantie souscrite le prévoit, le « forfait » est soit annuel, biannuel ou quadriennal selon le poste de soins conformément au tableau de garanties.

Le montant du forfait peut s'additionner au remboursement du Régime obligatoire. Si le forfait inclut le remboursement du Régime obligatoire ce dernier viendra en déduction du montant du forfait.

Ces indications sont précisées dans le tableau de garanties.

Forfait pour les aides auditives

- **Équipements 100% Santé :** le remboursement est intégral dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) fixé à 950 euros pour les adultes et à 1 400 euros pour les enfants sauf cas particuliers grâce aux remboursements conjoints du Régime obligatoire et de la Complémentaire frais de soins.
- **Équipements hors 100% Santé :** le remboursement de la Complémentaire santé est effectué en complément du Régime obligatoire selon la formule de garanties souscrite, le remboursement total ne pourra pas être inférieur à 100% de la base de remboursement et ne sera pas supérieur au plafond de 1 700 euros (montant fixé réglementairement) par oreille y compris le remboursement du Régime obligatoire.
- Pour l'ensemble des équipements cités ci-dessus, le renouvellement de l'équipement ne peut pas intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille et par bénéficiaire.

Forfait pour l'équipement optique :

- **Équipement 100% Santé :** le remboursement est intégral dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) grâce aux remboursements conjoints du Régime obligatoire et de la Complémentaire frais de soins.
- **Équipements hors 100% Santé :** le remboursement de la Complémentaire santé est effectué en complément du Régime obligatoire selon la formule de garanties souscrite et dans la limite des plafonds du contrat responsable.

- **Forfait pour la monture :** Le remboursement de la monture ne peut pas excéder le montant forfaitaire en € prévu par la formule de garantie souscrite.
- **Forfait pour les verres :** Le remboursement des deux verres ne peut pas excéder le montant forfaitaire en euros prévu par la formule de garantie souscrite (formule de base ou formule de base + option). Un seul forfait sera versé dans la limite de la dépense engagée, qu'il y ait un verre acheté ou deux verres.

Pour les équipements 100% Santé et hors 100% Santé, le montant du « forfait monture » et du « forfait verres » est un maximum tous les deux ans et par bénéficiaire. Par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés lors d'un équipement pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ou en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières. Le montant de la garantie s'entend y compris le remboursement du Régime obligatoire.

C'est la date du dernier remboursement par le Régime obligatoire de l'équipement monture + verres qui fixe la date de départ de la période d'utilisation du forfait optique, qui peut être de deux ans ou un an.

Quelle que soit la date d'achat de l'équipement complet, la justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité sociale ; la nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme d'Assurance maladie complémentaire.

Dans la situation où le bénéficiaire a besoin d'un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin, un seul équipement sera remboursé.

Forfait chirurgie laser des yeux :

Son montant est annuel par bénéficiaire et par œil. C'est la date de prise d'effet des garanties de chaque bénéficiaire qui fixe la date de son renouvellement.

Forfait lentilles :

Son montant est annuel par bénéficiaire. C'est la date de prise d'effet des garanties de chaque bénéficiaire qui fixe la date de son renouvellement. Si notre remboursement est inférieur au montant du forfait applicable, le solde sera disponible pour un prochain achat de lentilles dans la même période d'un an pour un même assuré.

Forfait parodontologie, implantologie, prothèses dentaires - non remboursés par le Régime obligatoire :

Son montant est annuel par bénéficiaire. C'est la date de prise d'effet des garanties de chaque bénéficiaire qui fixe la date de son renouvellement.

Forfait orthodontie non remboursée par le Régime obligatoire :

Son montant est annuel par bénéficiaire. C'est la date de prise d'effet des garanties de chaque bénéficiaire qui fixe la date de son renouvellement.

Forfait médecine douce non remboursée par le Régime obligatoire :

Le montant de son remboursement est par acte et par bénéficiaire. Le nombre d'actes est limité par année d'assurances pour chaque bénéficiaire. C'est la date de prise d'effet de chaque bénéficiaire qui fixe la date de son renouvellement.

Forfait médicaments non remboursés par le Régime obligatoire :

Son montant est par année d'assurance de chaque bénéficiaire.

Forfait prévention non remboursée par le Régime obligatoire :

Son montant est par année d'assurance de chaque bénéficiaire.

4.4.3 Limitation - Le plafond dentaire

Le remboursement des frais engagés pour l'ensemble des frais dentaires fait l'objet d'un plafond en euros annuel pendant les deux premières années d'assurances pour chacun des bénéficiaires.

Cette limitation s'apprécie selon l'année d'assurance propre à chaque bénéficiaire. Le montant du plafond annuel est mentionné dans le tableau des garanties correspondant à la formule de garantie prévue au contrat.

Au-delà du plafond, les prothèses dentaires hors 100% Santé, inlay, onlay et l'orthodontie sont garanties à hauteur du ticket modérateur. Les soins et prothèses 100% Santé continuent à être remboursés intégralement dans la limite des Honoraires Limites de Facturation.

Le remboursement des actes non remboursés par le Régime obligatoire ne rentre pas dans ce plafond. En cas de changement de niveau de couverture pendant les deux premières années, c'est le montant du plafond de la nouvelle formule qui s'applique jusqu'à la fin de la deuxième année de la prise d'effet des garanties initiales. En cas de changement de niveau de couverture au-delà des deux premières années d'assurance, le plafond dentaire ne s'applique plus.

4.5 L'entrée en vigueur de la garantie Complémentaire frais de soins

- **Les garanties s'exercent :**
  - pour les soins consécutifs à un accident, une maladie, une maternité, une infirmité lorsqu'ils sont effectués après la prise d'effet des garanties de chaque bénéficiaire au contrat,
  - pour les hospitalisations si la date d'entrée dans l'établissement hospitalier est postérieure à la date de prise d'effet des garanties de chaque bénéficiaire au contrat. Si la date de début de l'hospitalisation est antérieure à la date de prise d'effet, seul le forfait journalier et le ticket modérateur seront pris en charge et uniquement à compter de la date d'entrée en vigueur des garanties.
- **Cas des nouveau-nés**

  La garantie est acquise dès la naissance du ou des nouveau(x)-né(s). La demande d'inscription doit être réalisée dans les 60 jours qui suivent la/leur naissance. **A défaut, la garantie sera acquise à la date de prise d'effet précisée à l'avenant.**
- **Cas des enfants adoptés**

  La garantie est acquise dès la date d'adoption du ou des enfant(s). La demande d'inscription doit être réalisée dans les 60 jours qui suivent la date d'adoption. **A défaut, la garantie sera acquise à la date de prise d'effet précisée à l'avenant.**

4.6 La subrogation

Vous conservez votre droit à recours contre le tiers responsable d'un accident, mais nous pouvons obtenir le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation payés auprès du responsable de l'accident (art. L121-12 du Code des assurances).

Par ailleurs, vous prenez l'engagement de nous informer de toutes procédures pénales ou civiles dont vous aurez connaissance contre le responsable d'un accident dont vous avez été victime.

4.7 Ce qui n'est pas garanti

Même si votre Régime obligatoire est intervenu, les soins et prothèses dentaires, les actes de kinésithérapie, les actes chirurgicaux et les hospitalisations ne sont pas remboursés dans les cas suivants :

- **les cures d'amaigrissement, de rajeunissement et de thalassothérapie,**
- **les frais de séjour climatique à la campagne, à la mer, à la montagne et en colonie sanitaire (sauf en Sanatorium ou en Préventorium),**
- **les traitements et les interventions chirurgicales à visée esthétique ou plastique à l'exception de celles consécutives à un accident garanti ou à une pathologie cancéreuse,**
- **les traitements psychanalytiques, psychothérapeutiques,**
- **les séjours dans les établissements médico-sociaux (maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil spécialisé) ou dans les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).**

En outre, votre contrat ne couvre pas :

- **les dépenses de frais de soins non prises en charge par le Régime obligatoire français effectuées à l'étranger à l'exception des lentilles**
- **les cures thermales à l'étranger remboursées ou non par le Régime obligatoire**

Il ne couvre pas non plus les interdictions du contrat responsable :

- **La participation forfaitaire et les franchises médicales**
- **La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.**
- **Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.**

En aucun cas, le versement à titre commercial d'une participation sur une prestation non garantie par le contrat « complémentaire Frais de Soins » ne pourra être considéré comme l'acceptation tacite du risque par Abeille IARD & Santé.

4.8 Ce qui est garanti avec limitations

4.8.1 Couverture limitée au ticket modérateur et au forfait journalier en cas d'hospitalisation

Votre contrat couvre uniquement le ticket modérateur et, en cas d'hospitalisation uniquement le forfait journalier pour :

- **les conséquences des risques de guerre civile ou étrangère**
- **les conséquences de la participation active à une insurrection, une émeute, un mouvement populaire, un acte de terrorisme ou de sabotage, une grève**
- **les conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique ou de tout phénomène de radioactivité**
- **les conséquences de la participation à une rixe (sauf cas de légitime défense), la mutilation volontaire, le suicide ou la tentative de suicide ;**
- **les cures de désintoxication**
- **les interventions chirurgicales comportant une réduction de la masse graisseuse, les interventions pour hypertrophie ou hypotrophie mammaires, les interventions comportant une lipectomie, une liposuccion, une lipoaspiration, une liposculpture, une plastie abdominale ainsi que les interventions pour rhinoplastie et septoplastie nasale**
- **les séjours en centres, services ou établissements de longs séjours notamment en gérontologie ou gériatrie**
- **les séjours psychopédagogiques, pédagogiques, à visée diététique ou de rééducation alimentaire**

4.8.2 En cas de séjour en centre, service ou établissement psychiatrique conventionné ou non conventionné

La chambre particulière est remboursée selon les conditions décrites ci-dessous :

La rubrique du tableau de garanties	Le poste	Les conditions	Le niveau de remboursement
HOSPITALISATION en établissement conventionné ou non pour les séjours en centre, service ou établissement psychiatrique	Chambre particulière	La couverture s'applique après un délai d'attente de 6 mois à compter de la date de prise d'effet initiale des garanties de chaque bénéficiaire et uniquement pour les formules de garantie qui prévoient le remboursement de la chambre particulière en centre, service ou établissement psychiatrique ; la date de début du séjour doit être postérieure à ce délai d'attente.	40 € / jour d'hospitalisation et ce, dans la limite de la dépense réelle engagée et dans la limite de 90 jours par année d'assurance par bénéficiaire au contrat

4.8.3 En cas d'hospitalisation à l'étranger

Seules les dépenses décrites ci-dessous peuvent être prises en charge au titre du contrat si elles sont prévues par la formule de garanties souscrite :

La rubrique du tableau de garanties	Le poste	Les conditions	Le niveau de remboursement
HOSPITALISATION en établissement non conventionné	Frais de séjours	Le remboursement préalable du Régime obligatoire français	Selon la formule de garanties souscrite et ce, dans la limite de la dépense réelle engagée
	Dépassements d'honoraires		
	Chambre particulière	La facture acquittée indiquant la prestation	

4.8.4 En cas de soins à l'étranger

Seules les dépenses décrites ci-dessous peuvent être prises en charge au titre du contrat si elles sont prévues par la formule de garanties souscrite :

La rubrique du tableau de garanties	Le poste	Les conditions	Le niveau de remboursement
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques médicaux, actes d'imagerie, analyses et examens de laboratoire, transport, infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, orthophoniste, orthoptiste, Matériel médical (orthèses, béquilles, …)	Le remboursement préalable du Régime obligatoire français	Selon la formule de garanties souscrite et ce, dans la limite de la dépense réelle engagée
	Médicaments remboursés par le RO		
OPTIQUE	Equipement optique hors 100% Santé (monture et verres)	Le remboursement préalable du Régime obligatoire français	Selon la formule de garanties souscrite et ce, dans la limite de la dépense réelle engagée
	Lentilles	Le remboursement préalable ou non par le Régime obligatoire français	
DENTAIRE	Soins dentaires, inlays core, prothèses dentaires, inlays, onlays hors 100% Santé	Le remboursement préalable du Régime obligatoire français	Ces postes du DENTAIRE sont remboursés comme une Consultation de la rubrique SOINS COURANTS selon la formule de garanties souscrite et ce, dans la limite de la dépense réelle engagée
AIDES AUDITIVES	Equipement hors 100% Santé	Le remboursement préalable du Régime obligatoire français	Selon la formule de garanties souscrite et ce, dans la limite de la dépense réelle engagée

4.9 Les pays dans lesquels la garantie s'applique

Les frais de soins engagés dans le Monde Entier sont pris en charge.

Toutefois, le versement des prestations est toujours subordonné au remboursement préalable de votre Régime obligatoire d'Assurance maladie français sauf exceptions décrites dans le paragraphe 4.8.4.

Nos remboursements seront systématiquement effectués en France et en Euros.

Si vous êtes en possession de la carte européenne délivrée par votre Caisse d'Assurance maladie, et que celle-ci prend en charge vos soins lors de votre séjour, nous rembourserons le complément de vos dépenses de santé selon les garanties de votre contrat et dans la limite des frais engagés.

4.10 Le service de tiers payant

Tous les bénéficiaires du contrat bénéficient de ce service.

- **Les prestations pour lesquelles nous vous proposons le tiers payant**

Vous pouvez bénéficier du service de Tiers-payant pour les prescriptions établies par des professionnels de santé suivants qui ont signé une convention avec Nous :

- **Pharmaciens**
- **Biologistes**
- **Radiologistes**
- **Opticiens**
- **Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues, pédicures)**
- **Fournisseurs de dispositifs médicaux (fauteuil roulant, béquilles, assistance respiratoire, déambulateur, lit médicalisé, …).**
- **Transporteurs (ambulanciers, taxis).**
- **Médecins (médecins généralistes et spécialistes).**
- **Sage-femmes**
- **Soins externes réalisés en milieu hospitalier ou auprès d'un centre de santé**
- **Chirurgiens-dentistes et centres dentaires**
- **Audioprothésistes**

Nous versons directement à ces professionnels de santé le montant des prestations dans la limite de notre engagement. Vous ne déboursez donc que les sommes restant à votre charge après intervention de votre Régime obligatoire et de votre contrat Complémentaire frais de soins. Nous pouvons mener des contrôles auprès de ces professionnels de santé afin de vérifier que les demandes de paiement sont conformes à la réalité des soins. A ce titre certains justificatifs que vous leur avez transmis pourront nous être adressés dans le respect de la confidentialité médicale.

- **L'attestation de tiers payant**

La mise en place du tiers payant ne pourra être effective que sous réserve de vérification par le professionnel de santé de la validité de deux documents que vous devrez obligatoirement lui présenter :

- la carte d'Assuré Social (carte Vitale) sur laquelle figurent les bénéficiaires du tiers payant,
- l'attestation de tiers payant en cours de validité délivrée par Nous et désignant les bénéficiaires.

- **La délivrance de l'attestation de tiers payant**

L'attestation comporte des renseignements relatifs à Nous, au numéro de contrat, à votre Régime obligatoire. Elle précise les noms, prénoms, et dates de naissance des bénéficiaires du tiers payant et la période de validité du service. Elle indique les services de tiers payant dont vous pouvez bénéficier dans votre département, auprès des professionnels signataires d'une convention.

A chaque échéance prévue au contrat, une attestation de tiers payant vous sera transmise pour la période correspondante. La validité de cette attestation est subordonnée au paiement de la cotisation de votre contrat.

- **L'utilisation et le retrait de l'attestation de tiers payant**

En cas de résiliation, de suspension ou de nullité du contrat, l'attestation en cours doit nous être restituée immédiatement.

De même, en cas de changement de situation familiale, de changement de domicile, de modification de garantie ou en cas de changement de caisse d'affiliation au Régime obligatoire, vous nous retournerez ce document. Nous vous en fournirons un nouveau dûment actualisé.

Toute utilisation de l'attestation de tiers payant, alors que le droit aux prestations n'est plus acquis en conformité avec les dispositions de votre contrat, peut faire l'objet de poursuites à votre encontre pour remboursement des prestations indument réglées.

La prise d'effet du service de Tiers Payant intervient dès que vous êtes en possession de l'attestation en cours de validité. La cessation de la Garantie Complémentaire Frais De Soins entraîne la cessation du service.

De plus, le Tiers Payant peut prendre fin :

- sur votre demande, après renvoi de l'attestation,
- en cas de non-respect des règles d'utilisation de l'attestation,
- en cas de résiliation d'une des conventions de délégation de paiement qui nous lient aux professionnels de santé concernés,
- en cas de disposition législative ou réglementaire qui supprimerait la délégation de paiement du Régime obligatoire ou modifierait l'ampleur de notre engagement.

4.11 Le service de télétransmission des données avec les caisses de Régime obligatoire

Lorsque vous êtes affilié à un Régime obligatoire d'assurance maladie avec lequel nous avons passé un accord, celui-ci nous transmet directement les données figurant sur vos décomptes lorsque vous avez demandé ce service. Nous vous remboursons la part complémentaire selon la formule de garanties mentionnée aux Conditions Particulières, sans avoir à nous adresser vos décomptes "papier".

Il vous est possible de vous opposer à tout moment à la mise en place de cette dématérialisation des données en nous adressant un courrier nous demandant de supprimer ce dispositif.

4.12 La consultation en ligne de vos remboursements et autres services de votre espace personnel

Vous pouvez suivre les remboursements de vos dépenses de santé en ligne sur votre espace personnel depuis notre site internet : **abeille- assurances.fr**

Pour accéder à ce service, vous devez posséder une adresse e-mail sur laquelle votre mot de passe vous sera envoyé sur simple demande de votre part. Votre identifiant est votre numéro de contrat "Complémentaire Frais de Soins", numéro que vous trouverez sur vos Conditions Particulières et sur toutes nos correspondances.

Vous pouvez également vous abonner gratuitement à notre service d'alerte e-mail et recevoir directement sur votre boîte aux lettres électronique un message d'information dès qu'un nouveau remboursement est consultable.

Votre espace client est sécurisé, vous y retrouverez vos Conditions Particulières et vos Conditions Générales. Vous bénéficiez de services complémentaires comme :

- le téléchargement de votre attestation tiers payant en cours de validité,
- la géolocalisation des professionnels de santé qui pratiquent le tiers-payant grâce à nos réseaux de soins,
- la possibilité de nous adresser une demande de prise en charge hospitalière, un devis dentaire, un devis sur les aides auditives, un devis pré-opératoire
- l'accès à un simulateur optique et dentaire pour calculer le remboursement de la Complémentaire frais de soins.

Votre espace personnel est également accessible depuis votre téléphone mobile.

4.13 L'OBTENTION DES PRESTATIONS

Nous vous rappelons que les prothèses dentaires, aides auditives, équipement optique et tout acte médical ne sont indemnisés que si votre Régime obligatoire est intervenu, sauf disposition spécifique précisée aux Conditions Particulières.

- **Les pièces nécessaires au versement des prestations**

Toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent nous être remises 6 mois au plus tard après la fin du traitement, sauf cas de force majeure. **A défaut, la déchéance vous sera opposée, si ce retard dans la déclaration nous a causé un préjudice.**

Tout document complémentaire qui se révèlerait nécessaire pour le traitement de votre demande de remboursement sera exigé par Nous, notamment :

- les décomptes originaux de prestations établis par votre Régime obligatoire si vous ne bénéficiez pas du service de transmission des données ;
- en cas d'hospitalisation, la facture de l'établissement hospitalier précisant les dates d'entrée et de sortie, si vous avez réglé le séjour hospitalier. Une prise en charge hospitalière peut également être fournie sur demande ; les notes d'honoraires acquittées lorsque les médecins ont pratiqué des dépassements d'honoraires ;
- en cas de frais d'équipement optique (monture et verres), la facture détaillée établie par l'opticien (ou une photocopie de cette facture) avec le décompte de votre Régime obligatoire. S'il s'agit d'un équipement optique acheté moins de deux ans après le précédent pour cause d'évolution de la vue : la copie de l'ordonnance de l'ophtalmologiste ou de l'orthoptiste et la copie de la précédente ordonnance correspondant à l'équipement antérieur. Une prise en charge optique peut être adressée à votre opticien, sur demande ;
- pour les lentilles : la facture d'achat détaillée acquittée ;
- pour la chirurgie laser de l'œil : la note d'honoraires du praticien acquittée ;
- pour vos devis dentaires, certains documents pourront vous être réclamés notamment des radiographies, des photographies, un diagnostic des lésions, un plan de traitement ;
- pour vos factures dentaires, ces mêmes éléments pourront vous être demandés. Seules les prothèses dentaires posées par un professionnel de santé seront garanties ;
- pour les actes de médecine douce non remboursés par le Régime obligatoire : les factures des professionnels de santé acquittées, datées et détaillées au nom et prénom du bénéficiaire pour chaque acte ; l'original de la facture doit être adressée soit par voie postale au Service Prestations soit par mail à gsan_serv@abeille-assurances.fr soit déposée dans votre espace personnel Abeille Assurances.

Pour être remboursés, les différents actes de médecine douce s'ils sont prévus par la formule de garanties souscrite, doivent être dispensés par les médecins ou professionnels de santé indiqués dans le tableau ci-dessous. Chaque facture doit comporter obligatoirement les mentions indiquées dans le tableau ci-dessous :

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES DE MÉDECINE DOUCE			
Les spécialités remboursées	**Prescription obligatoire**	**Consultation ou acte dispensés par les médecins ou professionnels de santé suivants :**	**Mentions obligatoires devant figurer sur la facture originale et ou pièces complémentaires requises**
Acupuncture		Médecin généraliste ou spécialisé, sage-femme/maïeuticien, chirurgien-dentiste	Le n° ADELI du praticien, cachet du médecin
Auriculothérapie	Oui	Médecin, chirurgien-dentiste pour les actes en lien avec la chirurgie dentaire, sage-femme pour les actes en lien avec l'obstétrique	Cachet du médecin, du chirurgien-dentiste, de la sage-femme
Chiropractie		Chiropracteur (thérapeute diplômé non-médecin)	Le n° ADELI
Diététique		Diététicien diplômé d'état	Le n° ADELI
Ergothérapie	Oui	Ergothérapeute diplômé d'état	Le n° ADELI + l'ordonnance du médecin
Etiopathie		Etiopathe	Le n° du Registre National des Etiopathes
Hypnothérapie		Médecin spécialiste et généraliste, psychiatre / neuropsychiatre, psychologue clinicien, psychothérapeute de l'Agence Régionale de Santé	Le cachet du médecin
Kinésiologie		Kinésiologue	Le code de la certification au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCPXXXXX ou RSXXXX) ou le code ADELI
Luminothérapie		Médecin généraliste, psychologue ou psychiatre, neurologue, médecin-nutritionniste, kinésithérapeute, médecin du sport, dermatologue et endocrinologue	Le cachet du médecin
Mésothérapie		Médecin généraliste, rhumatologue, rééducateur fonctionnel, médecin du sport, dermatologue, médecin esthétique, médecin spécialiste de la douleur	Le cachet du médecin
Micro-kinésithérapie		Kinésithérapeute formé à la méthode de la micro-kinésithérapie	• Annuaire de l'Association de Centre de Diffusion de la Micro-kinésithérapie • Le n° ADELI
Nutrition		Médecin diplômé en nutrition	Le cachet du médecin
0stéopathie		Ostéopathe, kinésithérapeute, médecin rhumatologue et sage-femme	Le n° ADELI ou le cachet du médecin
Pédicurie		Pédicure, pédicure-podologue	Le n° RPPS
Phytothérapie		Masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, pédicure-podologue et diététicien	Le n° RPPS, le n° ADELI
Podologie		Podologue, pédicure-podologue	le n° ADELI
Psychologie		Psychologue	Le n° ADELI
Psychomotricité		Psychomotricien	Le n° ADELI
Psychothérapie		Psychothérapeute, médecin, psychologue et psychanalyste	Le n° ADELI ou le cachet du médecin
Réflexologie		Réflexologue	Le n° RNCP
Sexologie		Sexologue, médecin, psychologue, sexothérapeute	Le cachet du médecin
Sophrologie		Sophrologue	Le n° RNCP ou le n° SIRET

***ADELI** Automatisation Des LIstes – Répertoire national qui recense les professionnels de santé réglementés et fait état de leur lieu d'exercice et diplôme qu'ils soient salariés ou installés en libéral. Ce répertoire est amené à disparaître et à être remplacé par le répertoire **RPPS**.*

***RPPS** Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé*

***RNCP** Répertoire National des Certifications Professionnelles*

***SIRET** Système d'identification du répertoire des établissements.*

- pour les médicaments, les vaccins, l'homéopathie et le sevrage tabagique prescrits et non remboursés par le Régime obligatoire : la facture du pharmacien et l'ordonnance médicale du médecin généraliste, spécialiste ;
- pour les actes de prévention prescrits et non remboursés par le Régime obligatoire : la note d'honoraires du médecin, acquittée par l'assuré, qui précise la nature de l'examen médical ;
- pour la consultation liée à la pratique d'un sport : la note d'honoraires du médecin acquittée par l'assuré qui précise la nature de la consultation ;
- pour les soins et les hospitalisations à l'étranger les décomptes de votre Régime obligatoire accompagnés des justificatifs rédigés en français ou accompagnés d'une traduction certifiée par un traducteur assermenté, sauf pour ceux rédigés en anglais, allemand, italien, espagnol ou portugais.

Les documents que vous nous transmettez (décomptes, factures …) seront scannés et archivés informatiquement à leur réception. Sur demande de votre part au moment de leur envoi, vous pourrez obtenir la restitution des originaux ; à défaut ceux-ci seront détruits.

Tous les documents que vous nous adressez seront utilement accompagnés :

- du numéro d'immatriculation à votre Régime obligatoire et /ou du numéro de votre contrat, à inscrire au dos des pièces ;
- en cas d'accident, du certificat de constatation des blessures, des circonstances et des coordonnées du tiers responsable.

- **L'accord de Prise en Charge Hospitalière**

Afin d'éviter de faire l'avance des frais hospitaliers, vous pouvez demander la délivrance d'un accord de prise en charge en nous interrogeant par téléphone, courrier ou sur votre espace personnel Abeille Assurances.

Cet accord de prise en charge devra être demandé le plus tôt possible, dès que vous avez connaissance de l'hospitalisation.

Lorsque nous délivrons un accord de prise en charge, celui-ci porte sur :

- le remboursement du Ticket Modérateur concernant le séjour dans l'établissement hospitalier et les honoraires médicaux et chirurgicaux,
- le remboursement du Forfait Journalier,
- éventuellement, le remboursement de la Chambre Particulière, dans les limites contractuelles.

Les dépassements d'honoraires et dépenses personnelles (téléphone, télévision, …) ne bénéficient pas du tiers-payant et ne peuvent figurer sur l'accord de prise en charge. Ces demandes de remboursement seront traitées sur présentation des factures acquittées et selon les garanties acquises aux Conditions Particulières.

- **L'accord de Prise en Charge Optique**

En choisissant l'un de nos opticiens partenaires, vous pouvez éviter de faire l'avance des frais optiques garantis. Votre opticien peut demander la délivrance d'un accord de prise en charge en temps réel :

- sur le site : www.carteblanchepartenaires.fr s'il fait partie du réseau de soins Carte Blanche, ou
- sur le site : www.optique.spsante.fr s'il fait partie du réseau de soins SP Santé ou
- en nous interrogeant par téléphone ou par courrier. Le montant de notre accord sera limité à la garantie acquise aux Conditions Particulières.

Nous sommes également à votre disposition pour vous indiquer le montant de votre remboursement à partir du devis que vous nous adresserez.

- **L'accord de prise en charge des Aides auditives**

En choisissant l'un de nos audioprothésistes du réseau de soins Carte Blanche, vous n'avez pas à faire l'avance des frais. Votre audioprothésiste peut demander la délivrance d'un accord de prise en charge en temps réel :

- sur le site : www.carteblanchepartenaires.fr,
- en nous interrogeant par téléphone ou courrier.

Le montant de notre accord correspondra au montant prévu par votre contrat.

Vous pouvez aussi choisir de nous adresser votre devis pour connaître le montant de notre remboursement.

- **Le cas des assureurs multiples**

Ce contrat complémentaire frais de soins n'est pas une surcomplémentaire.

En cas d'intervention de plusieurs organismes :

- Les limites prévues par la réglementation relative au cahier des charges du contrat responsable s'entendent tous contrats confondus et nous devons tenir compte des éventuels remboursements déjà effectués par d'autres organismes pour les actes concernés par ces limitations conformément à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.
- Nos remboursements se font dans la limite des garanties souscrites et ne peuvent pas excéder le montant de la dépense réelle **tous contrats confondus.**

- **Les renseignements complémentaires**

Nous pourrons éventuellement vous demander des renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident traités.

Les renseignements concernant votre état de santé pourront être directement adressés sous pli cacheté à notre Médecin Conseil qui en prendra seul connaissance et ne transmettra au service intéressé que les éléments nécessaires à l'application du contrat.

- **Les expertises médicales**

Les Médecins délégués par Nous doivent pouvoir, sous peine de déchéance de la garantie, avoir libre accès auprès du bénéficiaire malade ou blessé pour procéder à une expertise médicale.

Nous devons donc être informés de tout changement de résidence.

Au cas où sans motif valable vous refuseriez de vous soumettre au contrôle de notre Médecin, vous seriez déchu de tout droit aux prestations si vous mainteniez ce refus après réception d'une lettre recommandée vous avisant d'un contrôle médical.

En cas de contestation d'ordre médical, le différend sera soumis à un Médecin Arbitre choisi d'un commun accord et ayant pour mission de nous départager. Un protocole d'arbitrage dont la rédaction est à notre charge vous sera remis au préalable. Les frais et le règlement des honoraires du Médecin-Arbitre seront réglés pour moitié par chacune des parties.

Vous avez la possibilité de vous faire assister lors de cet examen par le Médecin de votre choix, les frais et honoraires de ce Médecin restent à votre charge.

A défaut d'entente sur le choix du Médecin-Arbitre, celui-ci sera désigné par le Tribunal de Grande Instance de votre domicile.

5. LES TABLEAUX DE GARANTIES

5.1 Le tableau des garanties frais de soins

La formule 1 n'est pas accessible aux personnes affiliées au Régime obligatoire Alsace Moselle.

TABLEAU DE GARANTIES ABEILLE ASSURANCES SANTE							
	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6	Formule 7
HOSPITALISATION							
HOSPITALISATION (y compris maternité) en établissement conventionné hors séjours en centre, service ou établissement psychiatrique							
Honoraires - DPTAM (1)	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Honoraires - non DPTAM (1)	100%	105%	130%	180%	200%	200%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	Remboursement intégral						
Chambre particulière y compris en ambulatoire	-	30 € / jour	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour	70 € / jour	80 € / jour
HOSPITALISATION en établissement conventionné ou non pour les séjours en centre, service ou établissement psychiatrique							
Honoraires - DPTAM (1)	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Honoraires - non DPTAM (1)	100%	100%	105%	130%	180%	200%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	Remboursement intégral						
Chambre particulière (2)	-	-	-	-	40 € / jour	40 € / jour	40 € / jour
HOSPITALISATION en établissement non conventionné							
Honoraires - non DPTAM (1)	100%	100%	100%	100%	130%	130%	130%
Frais de séjour (3)	100%	100%	100%	100%	150%	150%	150%
Forfait journalier hospitalier	Remboursement intégral						
Chambre particulière y compris en ambulatoire (2)	-	30 € / jour	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour	70 € / jour	'80 € / jour
HOSPITALISATION quel que soit le type de séjour							
Forfait accompagnant (lit et repas)	-	10 € / jour	10 € / jour	10 € / jour	10 € / jour	20 € / jour	30 € / jour
Indemnité forfaitaire pour les frais annexes : Tv, téléphone, wifi, magazine, frais de parking d'hôpital (4)	-	10 € / jour	10 € / jour	10 € / jour	10 € / jour	10 € / jour	10 € / jour

SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux – DPTAM (Consultations, visites, actes techniques médicaux, actes d'imagerie) [1]	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Honoraires médicaux – non DPTAM (Consultations, visites, actes techniques médicaux, actes d'imagerie) [1]	100%	100%	105%	130%	180%	200%	200%
Médicaments remboursés par le RO à 65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par le RO à 15% et 30%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Honoraires paramédicaux (transport, infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, ...), sage-femme	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Consultations psychologues remboursées par le RO [5]	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical (orthèses, béquilles, …), hors Véhicules pour Personnes en situation de Handicap 100% Santé et hors Prothèses capillaires 100% Santé	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Location Courte durée de Véhicules pour Personnes en situation de Handicap 100% Santé [6]	Remboursement intégral						
Prothèses capillaires 100% Santé [7]	Remboursement intégral						
Hospitalisation à domicile	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Cure thermale (soins, transport et hébergement) remboursée par le RO	100%	125%	150%	200%	250%	300%	350%

OPTIQUE							
Équipements Optique							
Remboursement d'un équipement optique -monture + 2 verres- garanti tous les 2 ans par bénéficiaire ou tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.[8] Le délai débute à compter de la date du dernier achat.							
Équipements 100% Santé [9] [10]							
Monture, verres simples ou complexes	Remboursement intégral						
Équipements hors 100% Santé [11]							
Monture, verres simples :		**110 €**	**150 €**	**190 €**	**240 €**	**290 €**	**330 €**
dont remboursement maximum pour la monture	100%	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €	100 €
dont remboursement maximum pour les verres [12]	100%	70 €	100 €	130 €	170 €	210 €	230 €
monture, verres complexes :		**260 €**	**270 €**	**310 €**	**350 €**	**400 €**	**450 €**
dont remboursement maximum pour la monture	100%	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €	100 €
dont remboursement maximum pour les verres [12]	100%	220 €	220 €	250 €	280 €	320 €	350 €
Autres forfaits optiques par année d'assurance par bénéficiaire							
Chirurgie laser de l'œil Forfait par œil	-	-	50 €	100 €	250 €	300 €	350 €
Lentilles remboursées ou non par le RO	-	50 €	75 €	125 €	150 €	200 €	250 €
DENTAIRE							
Actes 100% Santé remboursés par le RO [9] [13]							
Soins et prothèses	Remboursement intégral						
Actes hors 100% Santé remboursés par le RO							
Soins dentaires	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Inlays Core	100%	100%	125%	150%	175%	200%	225%
Prothèses dentaires, inlays et onlays	100%	140%	190%	220%	270%	330%	380%
Orthodontie	100%	125%	150%	200%	250%	300%	350%
Plafond annuel de remboursement par bénéficiaire pendant les 2 premières années d'assurance, il prend en compte tous les remboursements dentaires de toute nature à l'exception des soins dentaires et inlays core remboursés par le RO. Le remboursement des actes non remboursés par le RO ne rentre pas dans ce plafond. [14]	-	700 €	800 €	1 000 €	1 300 €	1 500 €	1 800 €
Actes non remboursés par le RO : Forfaits par année d'assurance et par bénéficiaire							
Parodontologie, implantologie, prothèses dentaires	-	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
Orthodontie	-	50 €	75 €	100 €	150 €	200 €	250 €

AIDES AUDITIVES							
1 équipement par oreille par bénéficiaire tous les 4 ans à compter de la date du dernier achat							
Équipements 100% Santé [9] [10]	Remboursement intégral						
Équipement hors 100% Santé [15]	160 €	250 €	500 €	600 €	700 €	900 €	1 100 €
Piles et réparations	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FORFAITS BIEN-ÊTRE							
Forfait Médecine douce non remboursée par le RO :		**75 €**	**100 €**	**140€**	**160 €**	**250 €**	**300 €**
ostéopathe, étiopathe, chiropracteur, pédicure, podologue, acupuncture, naturopathe, micro-kiné, réflexologie, sophrologie, diététique, consultation psychologue, kinésiologue, psychothérapeute, hypnothérapeute, phytothérapie, mésothérapie, ergothérapie prescrite, psychomotricien, luminothérapie prescrite, nutritionniste, auriculothérapie prescrite, sexologue	-	25 € / acte	25 € / acte	35€ / acte	40 € / acte	50 € / acte	60 € / acte
nombre d'actes maximum par année d'assurance par bénéficiaire	-	3 actes	4 actes	4 actes	4 actes	5 actes	5 actes
Médicaments, vaccins, homéopathie et sevrage tabagique prescrits et non remboursés par le RO Forfait par année d'assurance par bénéficiaire	-	10 €	10 €	10 €	10 €	20 €	20 €
Prévention prescrite et non remboursée par le RO : ostéodensitométrie non remboursée, matériel de surveillance de l'hypertension artérielle, contraception Forfait par année d'assurance par bénéficiaire	-	-	-	-	50 €	60 €	70 €
Délivrance annuelle du certificat médical pour la pratique d'un sport Forfait par année d'assurance par bénéficiaire	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €

Le montant de notre remboursement est exprimé dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les pourcentages sont exprimés sur la base de remboursement du Régime obligatoire (RO) moins le remboursement de votre RO, si celui-ci est non nul. Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du RO.

La prise en charge des dépenses médicales à l'étranger est précisée au paragraphe « Les limitations de garanties» des Conditions Générales qui régissent votre contrat.

RO : Régime obligatoire

(1) Les médecins signataires des «Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée» (OPTAM / OPTAM-ACO) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires

(2) En cas de séjour en centre, service ou établissement psychiatrique, le remboursement de la chambre particulière :

- *est couvert après un délai d'attente de 6 mois à compter de la date de prise d'effet initiale des garanties de chaque bénéficiaire pour les formules 5 à 7 avec ou sans option. La date de début du séjour doit être postérieure à ce délai d'attente.*
- *est limité à 90 jours par année d'assurance par bénéficiaire quel que soit le niveau de garantie souscrit.*

(3) Remboursement exprimé sur la base du tarif d'autorité moins le remboursement de votre RO.

(4) Indemnité forfaitaire pour les frais annexes : versement d'un forfait en € par journée d'hospitalisation limitée à 30 jours par année d'assurance de chaque bénéficiaire.

(5) Remboursement de 12 consultations maximum par année civile par bénéficiaire dans le cadre du dispositif «Mon soutien psy»

(6) La liste des Véhicules 100% Santé pour Personnes en situation de Handicap (VPH) est définie réglementairement et concerne exclusivement la location de courte durée (LCD) jusqu'à 26 semaines. Les VPH 100% Santé sont remboursés intégralement (par le régime obligatoire et la complémentaire santé) dans la limite des Prix Limite de Vente fixés réglementairement.

(7) Les prothèses capillaires 100% Santé sont définies réglementairement et concernent exclusivement les équipements de classe II. Ces prothèses sont remboursées intégralement (par le régime obligatoire et la complémentaire santé) dans la limite du Prix Limite de Vente fixé réglementairement.

Le remboursement de l'équipement s'effectue une fois par an et par bénéficiaire. Il est renouvelable tous les ans à compter de la date du dernier achat.

(8) Le montant du forfait s'entend y compris le remboursement du RO.

(9) Tels que définis réglementairement dans le cadre du panier «100% Santé»

(10) Remboursement dans la limite des prix limite de vente fixés réglementairement.

(11) Le montant du forfait s'entend y compris le remboursement du RO. Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 100 €.

Si votre équipement se compose d'au moins 1 verre complexe, le remboursement s'effectuera sur la base du montant indiqué dans le tableau de garanties pour les verres complexes et ce dans la limite des plafonds définis réglementairement.

(12) Le forfait verres est versé pour 1 verre ou pour 2 verres

(13) Remboursement dans la limite des plafonds d'honoraires fixés réglementairement et depuis le 01/01/2021 pour certains actes définis réglementairement

(14) Lorsque le plafond est atteint :

- *les dépenses dentaires 100% Santé continuent d'être intégralement remboursées (13),*
- *les dépenses dentaires hors 100% Santé et prises en charge par le RO sont remboursées à hauteur du ticket modérateur uniquement.*

(15) Le remboursement, incluant celui du RO, ne sera jamais inférieur à 100% de la base de remboursement et ne pourra jamais être supérieur au plafond fixé réglementairement (1 700 euros par aide auditive en date du 01/01/2021)

Nous prenons en charge le Ticket Modérateur des actes de prévention. Vous pouvez obtenir remboursement de notre part, après intervention de votre Régime obligatoire, **des prestations de prévention parmi la liste suivante :**

- **Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures** (AXI), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- **Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum** (AXI).
- **Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit** (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- **Dépistage de l'hépatite B** (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- **Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :**
  - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
  - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
  - Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
  - Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
  - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- **L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'Assurance maladie obligatoire** ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- **Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :**
  - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
  - Coqueluche : avant 14 ans ;
  - Hépatite B : avant 14 ans ;
  - BCG : avant 6 ans ;
  - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
  - Haemophilus influenzae B ;
  - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

5.2 Le tableau des garanties complémentaires

Pour renforcer votre couverture sur certains postes de soins, des garanties complémentaires peuvent être souscrites, elles permettent de renforcer une partie des garanties en hospitalisation, en optique, en dentaire et sur la prévention. Deux options sont possibles :

L'option Confort

- L'âge maximum à la souscription est de 90 ans, c'est-à-dire que l'ensemble des bénéficiaires au contrat est âgé au maximum de 90 ans à la souscription.
- Voici les garanties de l'option Confort qui s'ajoutent à la formule de base souscrite :

	Option Confort
HOSPITALISATION (y compris maternité) en établissement conventionné hors séjours en centre, service ou établissement psychiatrique	
Honoraires - DPTAM	+ 50%
Chambre particulière y compris en ambulatoire	+ 40 €
OPTIQUE	
Équipements hors 100% Santé	
Monture, verres simples :	
dont remboursement maximum pour les verres	+ 40 €
Monture, verres complexes :	
dont remboursement maximum pour les verres	+ 100 €
DENTAIRE	
Actes hors 100% Santé remboursés par le régime obligatoire	
Prothèses dentaires, inlays et onlays	+ 50 %
FORFAITS BIEN-ÊTRE	
Médicaments, vaccins, homéopathie et sevrage tabagique prescrits et non remboursés par le régime obligatoire Forfait par année d'assurance par bénéficiaire	+ 20 €

Cette option est accessible de la formule 2 à la formule 7 et obligatoirement en complément d'une formule de base.

L'option Confort+

- L'âge maximum à la souscription est de 80 ans, c'est-à-dire que l'ensemble des bénéficiaires au contrat est âgé au maximu de 80 ans à la souscription.
- Voici les garanties de l'option Confort+ qui s'ajoutent à la formule de base souscrite :

	Option Confort+
HOSPITALISATION (y compris maternité) en établissement conventionné hors séjours en centre, service ou établissement psychiatrique	
Honoraires - DPTAM	Remboursement intégral
Chambre particulière y compris en ambulatoire	+ 50 €
OPTIQUE	
Équipements hors 100% Santé	
Monture, verres simples :	
dont remboursement maximum pour les verres	+ 70 €
Monture, verres complexes :	
dont remboursement maximum pour les verres	+ 150 €
DENTAIRE	
Actes hors 100% Santé remboursés par le régime obligatoire	
Prothèses dentaires, inlays et onlays	+ 100 %
FORFAITS BIEN-ÊTRE	
Médicaments, vaccins, homéopathie et sevrage tabagique prescrits et non remboursés par le régime obligatoire Forfait par année d'assurance par bénéficiaire	+ 30 €

Cette option est accessible de la formule 2 à la formule 7 et obligatoirement en complément d'une formule de base.

6. LES DISPOSITIONS GENERALES

6.1 Cadre juridique des contrats responsables

Le présent contrat est qualifié de « responsable » au sens des articles L871-1 et R871-2 du code de la Sécurité sociale. Il répond donc au cahier des charges du contrat responsable quant aux garanties et aux montants des remboursements. Selon les évolutions législatives et réglementaires qui régissent les « contrats responsables » les garanties et niveaux de remboursement seront adaptés. Si le souscripteur ne souhaite pas ces nouvelles dispositions le contrat sera résilié à la date de mise en place de ces modifications. (Cf. 5. LA RESILIATION DU CONTRAT).

6.2 Signature électronique de documents

La Signature électronique peut intervenir soit lors de la souscription dématérialisée en agence, en ligne ou par téléphone pour signer le devis et les Conditions Particulières du contrat, soit en cours de vie du contrat pour signer d'autres documents afférents à la gestion et à l'exécution du contrat. La signature du contrat d'assurance et des autres documents s'effectue sous forme électronique au moyen d'une signature dématérialisée (mise à la disposition du Souscripteur par Abeille IARD & Santé (l'Assureur) à l'aide d'un Certificat électronique délivré par le prestataire de services de certification électronique d'Abeille IARD & Santé (DocuSign à la date des présentes). Le contrat d'assurance et les documents afférents à la gestion et à l'exécution du contrat, signés de manière dématérialisée et certifiés par le Tiers certificateur sont ensuite confiés à un prestataire d'archivage électronique (le « Tiers Archiveur » - CDC-Arkhinéo à la date des présentes).

Identification / Authentification
L'identification du Souscripteur est assurée à partir des informations renseignées par le souscripteur. Ces informations sont notamment ses nom, prénom, adresse, date de naissance, email et numéro de téléphone. Le Souscripteur reconnaît que les informations renseignées sont conformes à la réalité et ne peuvent être répudiées à moins d'en apporter la preuve contraire. Les données d'identification sont transférées au Tiers certificateur, dans le but de générer un code confidentiel à usage unique qui sera envoyé au Souscripteur par SMS au numéro de téléphone mobile communiqué préalablement à la souscription du contrat d'assurance et ce, afin de procéder à la signature dématérialisée du devis et des Conditions Particulières ou d'autres documents afférents à la gestion du contrat d'assurance.

Consentement
Avant la signature du contrat d'assurance, le Souscripteur doit vérifier le contenu des Conditions Générales et des Conditions Particulières formant son contrat et a la possibilité de corriger d'éventuelles erreurs, avant de confirmer que les informations sont exactes et exprimer son consentement à la signature du contrat. L'utilisation d'un Certificat électronique délivré par un Tiers certificateur permet d'exprimer le consentement du Souscripteur à la conclusion du contrat d'assurance Abeille IARD & Santé ou au contenu de tout autre document signé de manière dématérialisée et de confirmer la validité de ce contrat d'assurance. Ainsi, en cliquant sur le bouton « Signez», le Souscripteur appose sa signature sur le document signé de manière dématérialisée.

Convention de preuve - Force probante des documents dématérialisés
Le Souscripteur et l'Assureur conviennent expressément que tout document remis et signé de manière dématérialisée dans les conditions de la présente convention de preuve et selon la procédure décrite ci-dessus :

- constitue l'original dudit document ;
- constitue une preuve littérale au sens des articles 1365 et suivants du Code civil : il a la même valeur probante qu'un écrit signé sur support papier et pourra valablement être opposé au Souscripteur et à l'Assureur ;
- est susceptible d'être produit en justice, à titre de preuve littérale, en cas de litiges, y compris dans les litiges opposant le Souscripteur à l'Assureur. En conséquence, le Souscripteur et l'Assureur reconnaissent que tout document remis et signé de manière dématérialisée vaut preuve du contenu dudit document, de l'identité du signataire et de son consentement aux obligations et conséquences de faits et de droit qui découlent de ce document.

La présente Convention de Preuve ne modifie pas les règles générales et spéciales de validité, d'exécution et de fin des contrats.

Archivage électronique
Après signature électronique, le document signé de manière dématérialisée est transféré au Tiers archiveur. Ce document est aussitôt validé comme étant émis ou reçu, puis horodaté, signé numériquement et codé par le système à clés afin de garantir son intégrité et son inviolabilité. Ce fichier de preuve à archiver est ainsi encapsulé avec les informations communiquées puis dirigé vers un équipement d'archivage conformément à la norme NFZ 42-013.

Accessibilité
Les documents contractuels relatifs au contrat d'assurance signé de manière dématérialisée (les Conditions Générales, les Conditions Particulières) ainsi que l'attestation d'assurance seront accessibles à tout moment pendant la durée de la relation contractuelle sur l'Espace personnel sécurisé du Souscripteur au moyen des identifiants qui lui seront communiqués par Abeille IARD & Santé selon une procédure sécurisée. Le Souscripteur s'engage à en prendre connaissance à compter de cette expédition et mise à disposition. En tout état de cause, il est réputé que le Souscripteur aura pris connaissance du contenu des messages et documents envoyés par Abeille IARD & Santé à l'adresse email communiquée et mis à sa disposition sur son Espace personnel sécurisé, et ce du seul fait de leur expédition et mise à disposition.

Conservation des documents signés de manière dématérialisée
Chaque document remis et signé de manière dématérialisée sera conservé pendant la durée légale de conservation par l'organisme d'assurance et par le tiers archiveur et sera mis à disposition du Souscripteur dans son Espace personnel sécurisé du site www.abeille-assurances.fr et le restera pendant 5 ans après la fin de la relation contractuelle.

À tout moment pendant la période de mise à disposition, le Souscripteur pourra consulter et imprimer les documents signés de manière dématérialisée, soit au travers de son Espace personnel sécurisé, ou en demandant une copie papier, en adressant un courrier simple à l'Assureur.

6.3 La renonciation au contrat en cas de démarchage ou de vente à distance

Renonciation au contrat souscrit par voie de démarchage à domicile
Conformément à l'article L112-9 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 un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique 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 ».*

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux contrats d'assurance sur la vie ou de capitalisation ;
- aux polices d'assurance voyage ou bagage ;
- aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois ;
- dès lors que le souscripteur a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

L'exercice de ce droit de renonciation entraine la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Renonciation au contrat conclu à distance
Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L112-2-1 du Code des assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux contrats ;
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

Le souscripteur, personne physique, qui conclut à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance, est informé qu'il dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature des Conditions Particulières soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations précontractuelles conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la première.

Le souscripteur est informé que le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage ou aux polices similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois ;
- aux contrats d'assurance de responsabilité civile des véhicules terrestres à moteur ;
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Le souscripteur est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante : (montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions Particulières du contrat) x (nombre de jours garantis) /365.

Modalités d'exercice de la renonciation
Le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation peut utiliser l'un des modèles de lettre ci-dessous, dûment complété par ses soins :

- **En cas de contrat conclu par voie de démarchage**

« Je soussigné, [Nom, Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur] déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L.112-9 du Code des assurances au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions Particulières], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [À compléter] Signature [Souscripteur]. ».

- **En cas de contrat conclu à distance**

« Je soussigné, [Nom, Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur] déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L.112-2-1 du Code des assurances au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions Particulières], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [À compléter] Signature [Souscripteur]. ».

Cette lettre doit nous être adressée par lettre recommandée ou par envoi recommandé avec demande d'avis de réception.

La lettre recommandée avec demande avis de réception doit être adressée à :

Abeille IARD & Santé
Service Santé
TSA 91974
92895 Nanterre Cedex 9

et dans le cas de l'envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, celui-ci doit être transmis à l'adresse suivante :

LRE_assurance@abeille-assurances.fr

6.4 Réclamation et médiation

Comment et auprès de qui formuler votre réclamation ?
Si vous êtes insatisfait d'un produit ou des services d'Abeille IARD & Santé, vous pouvez formuler une réclamation :

- Soit auprès de votre interlocuteur habituel (agent général Abeille Assurances, courtier, service de relation client). En cas de réclamation orale, si vous n'avez pas immédiatement obtenu satisfaction, nous vous invitons à formaliser votre réclamation par écrit.

- Soit directement auprès du Service Réclamations, selon le canal de votre choix :

En ligne	Dans la rubrique « Contact » du site abeille-assurances.fr
Par email	**reclamation@abeille-assurances.fr**
Par courrier	**Abeille Assurances** **Service Réclamations** **TSA 72710** **92895 Nanterre Cedex 9**

Notre engagement
À compter de la date d'envoi de votre réclamation écrite et quel que soit le service ou l'interlocuteur Abeille Assurances que vous avez sollicité, nous nous engageons :

- à vous en accuser réception dans un délai de 10 jours ouvrables si une réponse ne peut pas vous être apportée dans ce délai ;
- à répondre à votre réclamation dans un délai maximum de deux mois.

Si votre contrat vous a été proposé par un courtier
En cas de réclamation concernant les services de votre courtier (par exemple qualité de l'information ou du conseil, délai de réponse), nous vous invitons à vous rapprocher de lui pour connaître sa procédure de traitement des réclamations et ses engagements, et à formuler votre réclamation auprès de lui.

La Médiation de l'Assurance
Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse qui vous est apportée ou que vous n'avez pas obtenu de réponse dans les 2 mois, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance dans un délai d'un an à compter de la date de votre réclamation écrite :

- Par internet à l'adresse **https://www.mediation-assurance.org/.** Ce canal est à privilégier pour une prise en charge plus rapide.

ou

- Par courrier à l'adresse :

La Médiation de l'Assurance -
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09

La saisine du Médiateur de l'Assurance est gratuite mais ne peut intervenir qu'après nous avoir adressé une réclamation écrite. La Charte du Médiateur de l'Assurance est disponible sur le site internet de la Médiation de l'Assurance mentionné ci-dessus.

6.5 Protection des données personnelles

Vos données personnelles sont traitées par Abeille IARD & Santé en tant que responsable de traitement. Ces traitements ont pour finalité :

- la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurances ayant pour base juridique l'exécution du contrat et/ou de mesures précontractuelles ;
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ayant pour base juridique le respect d'obligations légales ;
- la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, ayant pour base juridique l'intérêt légitime du responsable de traitement à la défense des intérêts des assurés, la défense de l'image de marque Abeille Assurances, la préservation des droits de la société et des intérêts de la collectivité des assurés ;
- la gestion commerciale des clients (dont les opérations de gestion) ayant pour base juridique l'intérêt légitime du responsable de traitement à l'assurance de la satisfaction des clients ; et
- la prospection commerciale ayant pour base juridique l'intérêt légitime du responsable de traitement à la proposition à ses clients de produits et services analogues.

En sa qualité d'organisme complémentaire de l'Assurance maladie, Abeille IARD & Santé collecte auprès des professionnels de santé et traite des données relatives à votre santé à des fins de liquidation des prestations objet du présent contrat. Ces données sont traitées conformément aux articles 9-2 b) du RGPD en combinaison avec l'article L.871-1 du code la Sécurité sociale. La fourniture de vos données est strictement nécessaire à la passation, à la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance ; la non-fourniture de ces données empêchera la conclusion du contrat. Les données nécessaires à l'exécution du contrat, à la gestion de la relation client et au respect d'obligations légales sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales applicables. Les données des personnes inscrites sur la liste des personnes présentant un risque de fraude sont supprimées cinq ans après leur inscription. En cas de procédure judiciaire, ces données sont conservées jusqu'au terme de la procédure puis archivées suivant les délais de prescriptions légales applicables. Les données utiles à la prospection commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans à compter de la fin de la relation commerciale ou du dernier contact émanant de votre part. Les destinataires de vos données sont, dans le strict cadre des finalités énoncées et dans la limite de leurs attributions : les entités filiales d'Abeille Assurances Holding et leurs salariés, ainsi que leurs sous-traitants (dont votre intermédiaire d'assurances) et le médecin conseil le cas échéant.

Les destinataires peuvent éventuellement se situer dans des pays en dehors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par l'usage de garanties appropriées consultables sur demande. L'information complète à jour concernant le traitement de vos données personnelles est consultable sur le site internet abeille-assurances.fr (rubrique « Données personnelles »).

Vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de vos données, des droits d'opposition et de limitation du traitement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données post-mortem.

Ces droits peuvent être exercés :

- par courriel adressé à

protectiondesdonnees@abeille-assurances.fr

- ou par courrier adressé à

Abeille Assurances
Service Réclamations
TSA 2710
92895 Nanterre Cedex 9

En cas de communication de données médicales lors de la passation ou l'exécution du contrat d'assurances, vous pouvez demander l'accès et la rectification de ces données en écrivant à l'adresse suivante :

Abeille IARD & Santé Médecin conseil
Service GSAN
13 Rue du Moulin Bailly
92270 Bois-Colombes.

Abeille IARD & Santé a désigné un délégué à la protection des données dont les coordonnées sont les suivantes :

Abeille Assurances
DPO – Direction de la Conformité
80 Avenue de l'Europe
92270 Bois-Colombes
dpo.france@abeille-assurances.fr

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle telle que la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

6.6 Le contrôle des assurances

L'autorité administrative chargée du contrôle des entreprises et distributeurs d'assurance est :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.)
4 place de Budapest
CS 92459
75436 Paris Cedex 09

L'adresse internet de l'A.C.P.R. est la suivante :

https://acpr.banque-france.fr

6.7 La prescription

a) Délais de prescription

Conformément à l'article L. 114-1 du code des assurances, toutes les actions dérivant de votre contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur/adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2° ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, le délai précité de l'article L. 114-1 est porté de deux ans à cinq ans en matière d'assurance sur la vie (article L. 192-1 du code des assurances).

b) Les Causes d'interruption de la prescription

Les délais de prescription, prévus au paragraphe **a)** ci-dessus, sont interrompus par les évènements suivants :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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,
- la reconnaissance par le débiteur de l'obligation du droit de celui contre lequel il prescrivait c'est-à-dire, en particulier, la reconnaissance par l'assureur de la couverture du sinistre en ce qui concerne l'action en règlement de l'indemnité et la reconnaissance de dette de l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime,
- la demande en justice, même en référé, y compris lorsque la demande est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance ; l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée,
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

6.8 Opposition au démarchage téléphonique

Si en tant que consommateur vous ne souhaitez pas faire l'objet de démarchage téléphonique, vous avez le droit de vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition via le site internet www.bloctel.gouv.fr

6.9 Réglementation - Mesures restrictives

Nous ne serons tenus à aucune garantie, ne fournirons aucune prestation et ne serons obligés de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou d'un tel paiement nous exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union Européenne, la France, les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, le Canada ou par tout autre droit national applicable prévoyant de telles mesures.

6.10 Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

En tant qu'organisme assujetti, Abeille IARD & Santé prend toutes les mesures nécessaires pour assurer le respect des dispositions du Titre VI du Livre V du Code monétaire et financier relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Abeille IARD & Santé s'engage à respecter la réglementation applicable en matière d'identification et de vérification de l'identité du client. Ainsi, Abeille IARD & Santé a l'obligation de recueillir auprès de ses clients une pièce justificative d'identité en cours de validité afin de procéder à cette vérification.

6.11 La législation

La loi applicable aux relations précontractuelles et contractuelles est la loi française. La langue française sera toujours utilisée pendant la souscription et la vie du contrat.

7. L'ASSISTANCE

Les prestations sont fournies par Abeille Assurances Assistance, dénommé «nous» dans le texte suivant et dont les coordonnées sont précisées sur vos Conditions Particulières. Les services décrits ci-dessous sont accordés aux personnes bénéficiaires du contrat "Complémentaire Frais de Soins". Dans le cadre de l'Assistance, "vous" signifie le souscripteur désigné aux Conditions Particulières. Les autres personnes disposant de ces prestations sont expressément désignées sur vos Conditions Particulières.

Abeille Assurances Assistance met tout en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire lorsqu'il en a le plus besoin. Abeille Assurances Assistance ne peut se substituer à la solidarité de la structure familiale (conjoint, enfants) ainsi qu'aux prestations auxquelles lui donnent droit les organismes sociaux ou services publics.

C'est pourquoi les prestations ci-après ont vocation à s'exercer en complément de ces dernières.

En tout état de cause, ces prestations ne peuvent être mises en œuvre qu'après l'accord d'Abeille Assurances Assistance qui jugera de la nécessité et de l'opportunité, en fonction du contexte du bénéficiaire au moment de l'événement garanti, par exemple en prenant contact avec le médecin traitant, si nécessaire.

Abeille Assurances Assistance ne participe pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.

7.1 Modalités de mise en œuvre

Pour bénéficier d'un service d'assistance, contactez Abeille Assurances Assistance aux coordonnées suivantes :

- **Par téléphone :**

0 825 80 48 48 (Service 0,15€/min + prix appel)

ou **01 41 32 21 56**

- **Par email :**

abeille-assistance@abeille-assurances.fr

Vous êtes sourd ou malentendant ?
Pour joindre l'assistance, envoyer le code '**Abeille**' **par SMS au numéro 33626** (coût d'un SMS) et bénéficiez de nos services 24h/24, 7j/7.

7.2 Définitions et domaine d'application de la garantie

Les bénéficiaires bénéficiant de la garantie

- vous-même, Souscripteur du contrat « Complémentaire Frais de soins »,
- votre conjoint ou concubin,
- vos enfants fiscalement à charge,
- vos ascendants directs dépendants, résidant en **France métropolitaine** et vivant habituellement sous le même toit.

Le domicile
Le lieu de résidence principale et habituelle ou le lieu de villégiature des bénéficiaires situé en France Métropolitaine pour les prestations d'Aide à domicile en cas d'hospitalisation, d'immobilisation, de séances de chimiothérapie ou de décès (cf. le paragraphe 6.3. PRESTATIONS D'ASSISTANCE).

La maladie
Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

L'accident
Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire, résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

L'hospitalisation imprévue
Toute hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures en hôpital ou en clinique, consécutive à une maladie ou à un accident, **et dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire 5 jours avant son déclenchement.**

N'est pas considérée comme imprévue, une hospitalisation liée à une rechute ou une complication d'une maladie ou d'un accident connu.

L'immobilisation imprévue
Maladie ou accident qui entraîne une immobilisation pour des raisons médicalement justifiées ou prouvées et dont l'adhérent n'a pas connaissance dans les 5 jours qui la précède. En cas d'hospitalisation (prévue ou non) et d'immobilisation (prévue ou non) consécutives, si l'élément déclencheur est le même, la prestation n'est due qu'une seule fois.

Maladies graves
Sont considérées comme maladies graves : les cancers nécessitant des séances de chimiothérapie / radiothérapie, AVC invalidant, Parkinson, Alzheimer, sclérose en plaques.

La couverture géographique
Les prestations d'assistance s'appliquent en France métropolitaine et à Monaco.

La période de validité de la prestation
La garantie "assistance" est acquise pendant la durée de validité du contrat. Elle arrive à l'échéance, est renouvelée ou résiliée, à la même date et dans les mêmes conditions.

Exécution des prestations
Nous ne pouvons pas intervenir dans le choix des mesures d'assistance et de transport décidés par les organismes primaires d'urgence et ne prenons donc pas en charge les frais correspondants. Les frais éventuels de liaison en taxi sont compris dans les plafonds définis pour chaque prestation.

7.3 Prestations d'assistance

7.3.1 Aide à domicile

Si l'état de santé du bénéficiaire le nécessite, Abeille Assurances Assistance organise la mise en œuvre d'une aide à domicile pour effectuer selon le cas du repassage, du ménage et préparer les repas :

- pendant l'hospitalisation
- dès le retour au domicile du bénéficiaire suite à une hospitalisation, un séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours)
- durant la période des séances de chimiothérapie.

Hospitalisation prévue, immobilisation prévue
Cette prestation s'applique en cas :

- d'hospitalisation prévue de plus de 2 jours consécutifs, suite à maladie ou accident,
- d'immobilisation prévue pour maladie grave,
- de séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours) pour une complication non liée à la grossesse et à l'accouchement du souscripteur ou de son conjoint / concubin,
- de séances de chimiothérapie suite à une maladie grave.

La prestation d'aide à domicile intervient à concurrence d'un maximum de 10 heures, par période de 2 heures consécutives minimum. Abeille Assurances Assistance interviendra pour une seule hospitalisation ou immobilisation par année civile.

Le nombre d'heures allouées et leurs répartitions dans les 30 jours calendaires suivant l'évènement sont, dans tous les cas, du seul ressort d'Abeille Assurances Santé et uniquement du lundi au samedi de 8 h à 19 h.

Hospitalisation imprévue, immobilisation imprévue au domicile ou décès
Les prestations suivantes sont fournies dans les cas suivants :

- immobilisation imprévue au domicile supérieure à 5 jours, suite à maladie ou accident,
- décès,
- hospitalisation imprévue de plus de 2 jours consécutifs (portée à plus de 4 jours pour la prestation «Aide à domicile»), du Souscripteur ou de son conjoint / concubin.

Nous mettons à votre disposition une aide à domicile jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 heures.

La répartition des heures s'effectuera avec un minimum de 2 heures consécutives. Le nombre d'heures allouées et leur répartition dans les 30 jours calendaires suivant l'événement sont, dans tous les cas, du seul ressort de l'Assistance et uniquement du lundi au samedi de 8 h à 19 h.

Cette prestation s'applique également :

- pour une maternité entraînant une hospitalisation de plus de 8 jours,
- en cas de décès, dans les 30 jours qui suivent l'évènement.

7.3.2 Garde d'enfants à domicile

Nous mettons à votre disposition et prenons en charge une assistante maternelle compétente à domicile pour une période de deux jours maximum, entre 8h et 19h. Pendant cette période, nous nous chargeons le cas échéant, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, deux fois par jour.

Nous organisons également et prenons en charge :

- soit le voyage des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine,
- soit le transport aller et retour du proche jusqu'à votre domicile, pour garder les enfants (transport en train 1ère classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé).

Les prestations de prise en charge d'une assistante maternelle et de prise en charge des enfants par un proche ne se cumulent pas entre elles.

7.3.3 Présence au chevet

Si personne ne peut rester à votre chevet, nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour en train 1ère classe d'une personne de votre choix résidant en France métropolitaine ou à Monaco, afin qu'elle se rende sur votre lieu d'hospitalisation ou à votre domicile. De même, en cas de décès, si personne ne se trouve sur place pour effectuer les démarches consécutives au décès, nous organisons et prenons en charge le voyage aller et retour en train 1ère classe d'un proche désigné par la famille et résidant en France métropolitaine ou à Monaco, pour se rendre sur le lieu du décès.

7.3.4 Garde ou transfert des personnes dépendantes

Nous organisons et prenons en charge :

- soit la garde de ces personnes dépendantes pendant deux jours, entre 8 h et 19 h,
- soit le coût du transport de ces personnes chez un proche, résidant en France métropolitaine,
- soit le transport aller et retour d'un proche jusqu'à votre domicile, pour garder ces personnes (transport en train 1ère classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé).

7.3.5 Garde des animaux familiers (chiens et chats)

Nous organisons leur gardiennage à domicile ou dans un centre agréé dans un rayon de **50 km** du domicile, jusqu'à un maximum de **30 jours**. Dès votre appel, nous mettons tout en oeuvre pour répondre au plus vite à votre demande. Toutefois, nous nous réservons un délai de ***5 heures*** maximum à partir de l'heure d'ouverture des réseaux de garde.

7.3.6 Services à domicile

A votre demande, nous pouvons apporter conseil et aide dans l'organisation de l'habitat, notamment :

- recherche et mise à disposition du matériel médical prescrit,
- adaptation de l'habitat au handicap et à la dépendance,
- services à domicile : coiffure, portage de repas, etc.,
- matériel informatique.

Les coûts occasionnés par l'adaptation de l'habitat, l'achat, la location et la livraison de matériel restent à votre charge.

7.3.7 Assistance médicale au quotidien

Recherche de personnel médical
Nous recherchons à votre demande un médecin de garde ou un service d'urgence médicale, une infirmière ou un intervenant paramédical. Nous pouvons également missionner une ambulance ou un véhicule sanitaire léger pour vous conduire jusqu'à un centre de soins ou d'examens.

Les coûts restent à votre charge.

Nous recherchons également une personne pour :

- effectuer une démarche administrative,
- faire des courses à votre place,
- vous accompagner lors d'une visite médicale.

Ces interventions sont facturées au coup par coup.

Informations médicales
Sur simple appel téléphonique, l'un de nos médecins :

- répond à toute question d'ordre médical ou diététique,
- indique, en accord avec le médecin traitant, les types de cures correspondant à votre état de santé et recherche les centres spécialisés en France,
- recherche et indique les établissements médicaux spécialisés pouvant vous recevoir si vous souffrez d'un handicap, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué vous recevra.

Livraison de médicaments
Si vous ne pouvez temporairement vous déplacer à la suite d'une maladie non chronique ou d'un accident, nous vous envoyons l'un de nos correspondants pour chercher les médicaments prescrits par votre médecin lors d'une visite.

Le coût des médicaments reste à votre charge.

7.3.8 Enfant immobilisé suite à une maladie ou une blessure

Garde d'enfants malades à domicile
La Garde d'Enfants Malades à Domicile est un service vous permettant de continuer à assurer votre activité professionnelle si l'un de vos enfants est malade ou blessé, et a besoin d'une personne à domicile à son chevet.

Nous recherchons et envoyons une personne compétente afin d'assurer cette garde jusqu'à concurrence d'un maximum de **30 heures**. La répartition des heures de garde s'effectuera avec un minimum de **4 heures** consécutives par jour du lundi au samedi de 8h à 19h. Cette prestation ne s'applique qu'au-delà des jours accordés par la Convention Collective en cas d'absences liées aux charges de famille.

- **Conditions médicales et administratives**

Vous devez nous adresser à chaque demande un certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant.

De plus, vous autoriserez la personne qui garde l'enfant à nous joindre par téléphone autant de fois que nécessaire.

- **Délai de mise en place**

Nous nous réservons un délai maximum de 5 heures à partir de l'heure d'ouverture des réseaux d'assistantes maternelles agréées, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

La prestation « Garde d'enfant à domicile » ne s'applique pas aux maladies :

- **préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,**
- **nécessitant des soins médicaux relavant d'un service d'infirmière ou d'infirmier à domicile,**
- **relevant de l'hospitalisation à domicile**

A votre demande, nous mettons à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée, un billet de train aller et retour 1ère classe ou d'avion classe économique (lorsque seul ce moyen peut être utilisé) pour lui permettre de se rendre au chevet de l'enfant, au départ de France métropolitaine.

Cette prestation ne se cumule pas avec la mise à disposition d'une assistante maternelle.

Ecole à domicile
La prestation est fournie en cas de maladie soudaine et non-chronique ou d'accident d'un enfant bénéficiaire ne lui permettant pas de suivre sa scolarité. A partir du 16ème jour consécutif d'absence scolaire, nous recherchons et envoyons au domicile de l'enfant un répétiteur scolaire afin de lui permettre de poursuivre sa scolarité dans les matières principales. Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général. Nous prenons en charge les coûts occasionnés dans la limite de 10 heures par semaine. Ces cours sont fractionnables en maximum 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine. Chaque cours sera de 2 heures minimum par jour, par matière ou par répétiteur. Abeille Assurances Assistance intervient jusqu'à 4 semaines par évènement et maximum 2 interventions par an, **hors vacances scolaires et jours fériés.**Elle cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours. Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont dispensés dans les mêmes conditions, sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord à la réalisation de cette prestation. Pour demander cette prestation, vous devez adresser à notre équipe médicale un certificat du médecin indiquant la nature de la maladie ou de l'accident. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut se rendre dans son établissement scolaire, et la durée de son immobilisation. Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

La prestation ne s'applique pas :

- **aux maladies ou accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat,**
- **lorsque l'enfant est atteint d'une maladie préexistante diagnostiquée et/ou traitée, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance.**

7.3.9 Informations

Info Santé
C'est un service d'informations générales animé par notre équipe médicale, destiné à répondre à toute question de nature médicale notamment dans les domaines suivants :

- la santé,
- les vaccinations,
- la mise en forme,
- la diététique,
- la puériculture.

Les médecins peuvent répondre à toutes questions concernant les bénéficiaires. Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical). Ce service est conçu pour écouter, informer et orienter, 24h/24, **mais il ne peut remplacer le médecin traitant. Toutefois, le premier réflexe en cas d'urgence médicale doit être d'appeler votre médecin traitant, les pompiers (18) ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).** Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à prescription.

Problèmes de l'enfance
Si un enfant est perturbé dans sa scolarité (blocage scolaire, incompatibilité avec un professeur…) ou manifeste un rejet de son environnement social (drogue, fugue, dépression…), les médecins de notre équipe médicale répondent à toutes questions et procurent un conseil pédagogique et psychologique adapté.

Appels de convivialité
Nous sommes présents 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour apporter une écoute attentive, une aide et un réconfort.

Téléassistance
C'est un service de mise en relation avec une plateforme de téléassistance.

7.3.10 Autres prestations

Assistance Psychologique
A la suite d'un événement traumatique, nous mettons à disposition de l'assuré, 24H/24 et 365 jours par an, un service «Écoute et Accueil Psychologique» lui permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens. Dès réception

de l'appel, nous mettons tout en œuvre, sous réserve que son état de santé le permette et après avis de notre médecin, pour organiser une assistance psychologique d'urgence dans les 30 jours qui suivent l'appel. Cette assistance, réalisée par un psychologue comprend l'organisation et la prise en charge de 6 consultations par téléphone dans les 6 mois qui suivent l'événement traumatique. Dans tous les cas, la décision d'assistance psychologique d'urgence nous appartient exclusivement, éventuellement après contact et accord du médecin traitant.Pour que cette prestation soit assurée, l'assuré doit prendre contact avec nous dans un délai de 15 jours suivant l'événement traumatisant, et nous communiquer les coordonnées de son médecin traitant. Nous ne sommes tenus que par une obligation de moyens.

Harcèlement, cyberharcèlement ou violence conjugale

À la suite d'un Harcèlement Scolaire, d'un Cyberharcèlement ou d'une Violence Conjugale d'un bénéficiaire, nous mettons à disposition de l'assuré, 24H/24 et 365 jours par an, un service « Écoute et Accueil Psychologique » lui permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

7.4 DISPOSITIONS GÉNÉRALES CONCERNANT L'ASSISTANCE AU QUOTIDIEN

7.4.1 Exclusions

Outre les exclusions précisées dans les Conditions Générales qui régissent le contrat, sont exclus :

- **les tentatives de suicide,**
- **les états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement ou d'alcool,**
- **les accidents liés à la pratique d'un sport dans le cadre d'une compétition officielle organisée par une Fédération Sportive et pour laquelle une licence est délivrée.**

7.4.2 Cas d'exonération de responsabilité et cas de force majeure

Abeille Assurances Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations prévues au contrat. Cependant, Abeille Assurances Assistance ne peut être tenue pour responsable ni de la non-exécution ni des retards en cas d'impossibilité matérielle de délivrer les prestations pour cause de force majeure ou d'évènements listés ci-dessous :

- Toute recommandation de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,
- Tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées,
- Les pandémies ou épidémies,
- Les conflits sociaux tels que les grèves (sauf celles concernant le personnel d'Abeille Assurances Assistance), émeutes, mouvements populaires, lock-out,
- Les catastrophes naturelles,
- Le risque nucléaire,
- En cas de délais et/ou d'impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie ou passeport nécessaires au transport du bénéficiaire à l'intérieur ou hors du pays où il se trouve, ou à son entrée dans le pays préconisé par les médecins d'Abeille Assurances Assistance pour y être hospitalisé.

Nous déclinons toute responsabilité pour :

- **Tous dommages directs ou indirects découlant d'un manquement ou un retard dans l'exécution des obligations d'Abeille Assurances Assistance, résultant d'un défaut d'information ou d'un renseignement erroné donné par le Bénéficiaire,**
- **Les dommages liés à la non-exécution des prestations prévues au Contrat qui résulteraient du non-respect des Bénéficiaires aux consignes données par Abeille Assurances Assistance,**
- **Les dommages liés à l'inexécution ou à la mauvaise exécution des obligations contractuelles des prestataires qui interviennent sous leur seule responsabilité et en leur nom propre.**

Les autres dispositions des Conditions Générales restent applicables.



19760-0426

Imprimerie SIPAP - Pôle République - 2 rue des Transporteurs B.P. 91077-86061 POITIERS CEDEX 9

abeille
ASSURANCES

Abeille IARD & Santé

Société anonyme d'Assurances Incendie, Accidents et Risques Divers au capital de 344 822 425 euros
Entreprise régie par le Code des assurances.

Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92270 Bois-Colombes.
306 522 665 R.C.S. Nanterre

N °d'identifiant unique ADEME : FR233835_03TPOZ