

**PREAMBULE :**

La Police d'Assurance complète comprend cette Police, la demande d'adhésion, le Certificat d'Assurance, le Tableau des Garanties et les éventuels avenants joints. La **Personne Assurée** doit les lire attentivement et les garder dans un endroit sûr et à la portée de main. Dans cette Police certains mots sont en caractère gras. Ceux-ci sont des termes définis et ont un sens spécifique aux fins de cette Police. Les significations sont indiquées dans la section 'Définitions'.

Cette police d'assurance santé comprend 4 niveaux de couverture :

Premier Euro Or

Premier Euro Argent (Consultations Exclues)

Assurance Hospitalisation

Assurance Complémentaire Maladie (Garantie Classique ou Luxe)

Le Certificat d'Assurance indiquera quel niveau de couverture s'applique à chaque **Personne Assurée** et le Tableau des Garanties définira les prestations garanties, selon les termes et conditions de cette Police.

L'**Assureur** a nommé le **Gestionnaire** qui aura l'autorité pour étudier les demandes d'adhésion et encaisser les cotisations de la part de l'**Assureur** et gérer les sinistres approuvés par l'**Assureur** dans leur intégralité. Toutes correspondances et communications à l'**Assureur** relatives à cette Police devront être adressées directement au **Gestionnaire**.

**INFORMATIONS FOURNIES A L'ASSUREUR :**

En décidant d'accepter cette Police et en déterminant les conditions et les cotisations, l'**Assureur** a utilisé les informations que le **Souscripteur** et les **Personnes Assurées** (le cas échéant) ont fournies à l'**Assureur**. Le **Souscripteur** et les **Personnes Assurées** (le cas échéant) doivent faire attention en répondant à toute question posée par l'**Assureur** en s'assurant que tous les renseignements donnés sont exacts et complets.

Si l'**Assureur** établit que le **Souscripteur** et les **Personnes Assurées** (le cas échéant) lui ont négligemment fourni des informations fausses ou trompeuses, cela pourrait avoir un effet négatif sur cette Police et tout sinistre. Par exemple, l'**Assureur** peut :

- Traiter cette Police comme si elle n'avait jamais existé ou refuser de payer un sinistre ou une partie d'un sinistre et retourner les cotisations versées. L'**Assureur** ne fera ceci que s'il a fourni une couverture d'assurance qu'il n'aurait pas proposée autrement ;
  - Modifier les conditions de cette Police. L'**Assureur** peut appliquer ces conditions modifiées comme si de telles conditions étaient déjà en place si la négligence du **Souscripteur** et des **Personnes Assurées** (le cas échéant) a eu un effet négatif sur un sinistre ;
  - Réduire le montant d'un sinistre en proportion de la cotisation payée par rapport à celle que l'**Assureur** aurait facturée ; ou
  - Résilier la Police selon la section 'Résiliation' ci-dessous.
- L'**Assureur** informera le **Souscripteur** par écrit par moyen du **Gestionnaire** si :
- a l'intention de traiter cette Police comme si elle n'a jamais existé ; ou
  - a besoin de modifier les conditions de cette Police.

Si le **Souscripteur** ou la **Personne Assurée** (le cas échéant) se rend compte que des informations qu'il a fournies à l'**Assureur** sont fausses ou incomplètes, le **Souscripteur** ou la **Personne Assurée** (le cas échéant) doit en informer le **Gestionnaire** dès que possible.

Pour informer l'**Assureur** de tout changement ou inexactitude ou information incomplète :

Le **Souscripteur** ou la **Personne Assurée** (le cas échéant) doit tenir le **Gestionnaire** informé :

- S'il se rend compte que des renseignements qu'il a fournis à l'**Assureur** sont fausses ou incomplets, sans délai ;
- De tout changement relatif aux informations qu'il a fournies à l'**Assureur** qui se produisent avant ou pendant l'**Année d'Assurance**, dans les quatorze (14) jours de la date de la connaissance du changement.

Si l'**Assureur** est informé que les informations que le **Souscripteur** ou la **Personne Assurée** (le cas échéant) lui ont fournies auparavant sont fausses ou incomplètes, ou suite à tout changement relatif à ces informations, l'**Assureur** avisera le **Souscripteur** et la **Personne Assurée** (le cas échéant) si cela a un effet sur l'assurance. Par exemple, l'**Assureur** peut modifier les conditions de la Police, ou augmenter les cotisations payables par le **Souscripteur**, ou résilier la Police selon la section 'Résiliation' ci-dessous.

Si le **Souscripteur** ou la **Personne Assurée** (le cas échéant) néglige d'informer l'**Assureur** que des informations qu'il a fournies sont fausses ou incomplètes, ou s'il néglige d'informer l'**Assureur** de tout changement, cette Police peut devenir nulle et l'**Assureur** peut ne pas payer un sinistre, ou réduire le montant d'un paiement de sinistre.

**DEFINITIONS :**

Pour l'application de la présente Police, il faut entendre par :

**ACCIDENT** : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de **Personne Assurée**, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

**Accident** comprendra mais ne sera pas limité à :

- Les actes d'agression contre la **Personne Assurée** ;
- L'asphyxie, la noyade ou l'hydrocution ;
- L'intoxication, l'empoisonnement ou les brûlures y compris par des gaz ou vapeurs, par des substances vénéneuses ou corrosives ou par des aliments avariés ;
- Les morsures de serpents, les cas de rage ou de charbon consécutifs à des morsures ou des piqûres d'animaux ;
- L'électrocution, la chute de la foudre ;
- Les piqûres infectieuses et leurs conséquences.

**GESTIONNAIRE** : Amariz Limited, Imperial House, 1 Harley Place, Bristol, BS8 3JT, Royaume-Uni.

**BASE DE REMBOURSEMENT** : le tarif de base utilisé par le régime de Sécurité Sociale Française pour le calcul de ses remboursements. Il est déterminé conventionnellement entre les organismes de la Sécurité Sociale, les Syndicats des praticiens et les établissements de soins.

**AFFECTION DE LONGUE DUREE (ALD)** : Affection inscrite sur la liste des trente (30) affections de longue durée (ALD 30) reconnues par la Sécurité Sociale Française et prises en charge à 100 % de la **Base de Remboursement** de la Sécurité Sociale.

**FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER** : Participation forfaitaire pour chaque séjour en hôpital, en clinique, ainsi que dans tous les établissements, centres et maisons de soins, de convalescence et de repos.

**HOSPITALISATION** : Séjour médicalement prescrit, pendant une (1) nuit au moins, dans un établissement de soins public ou privé agréé par le Ministère de la Santé ou son équivalent dans un autre pays, ayant pour but le traitement médical ou chirurgical d'un **Accident**, d'une **Maladie**, d'une **Affection de Longue Durée** ou d'une **Maternité**. L'hospitalisation à domicile, l'hospitalisation de jour et les cures sont considérées comme des 'soins courants'.

**MALADIE** : toute altération de la santé ou état pathologique, constaté, traité ou diagnostiqué par un docteur en médecine, consultant ou spécialiste diplômé.

Entre autres, sont considérés comme Maladies :

- Les dermatoses, mêmes produites par des agents extérieurs ;
- Les varices, les sciatiques, les rhumatismes, les attaques de poliomyélite et d'épilepsie non traumatique ;
- Les accidents cardiaques, cérébraux ou vasculaires, tels que rupture d'anévrisme ou apoplexie ;
- Les syncopes et les lésions qui peuvent en résulter ;
- Les suites d'efforts et de surmenage et leurs conséquences, tels que « tours de reins », lombagos, ruptures et déchirures musculaires ou tendineuses ;
- Les hernies de toute nature ;
- Les insulations et leurs suites et, en général, les suites d'influences atmosphériques ;
- Les lésions causées par les rayons X, le radium et ses composés et dérivés sauf si elles résultent, pour la **Personne Assurée**, d'un fonctionnement défectueux ou d'une fausse manipulation des instruments.

**PERSONNE ASSURÉE** : Toute personne nommée dans le Certificat d'Assurance comme **Personne Assurée**.

- Le **Souscripteur**
- Son **Conjoint** et
- Leurs enfants à charge, qui sont couverts jusqu'à la fin de l'**Année d'Assurance** suivant de leur vingtième (20<sup>ème</sup>) anniversaire (ils devront alors souscrire leur propre police d'assurance)

peuvent tous être des **Personnes Assurées**.

**ASSUREUR** : Tokio Marine Kiln Syndicates Limited, Syndicat 510 à Lloyd's de Londres.

**MATERNITE** : l'état de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

**DATE D'EFFET DE LA POLICE** : La date à laquelle cette Police prend effet comme indiqué dans le Certificat d'Assurance. Ou, dans le cas d'un avenant pour une majoration de garantie, la date d'effet de cette majoration.

**SOUSCRIPTEUR** : La personne nommée dans le Certificat d'Assurance qui a payé les cotisations d'assurance.

**ANNEE D'ASSURANCE** : La période de temps entre la **Date d'Effet de la Police** et la prochaine Date Annuelle de Renouvellement indiquée dans le Certificat d'Assurance et annuellement par la suite.

**NOUVEAU-NE PREMATURE** : la naissance d'un enfant avant que la période normale de grossesse ne soit terminée. L'enfant est considéré prématuré lorsqu'il est né plus tôt que trente-sept (37) semaines après le début de la dernière menstruation, comme défini par l'Organisation Mondiale de la Santé.

**CONJOINT** : L'épouse ou le mari non divorcé ou séparé de corps, le concubin notoire ou lié au **Souscripteur** par le régime du Pacte Civil de Solidarité (PACS), ou une personne en mesure de prouver une cohabitation maritale avec le **Souscripteur** d'un minimum de six (6) mois.

**TERRORISME** : Un acte, comprenant mais non limité à l'usage de force ou de violence et/ou la menace de celle-ci, de la part de toute personne ou groupe(s) de personnes, agissant seule(s) ou en rapport avec tout organisation ou gouvernement, commis pour des raisons politiques, idéologiques ou similaires, y compris l'intention d'influencer tout gouvernement et/ou de faire peur au public, ou à une section du public.

**PERIODE D'ATTENTE** : la période qui suit la date d'inclusion de la **Personne Assurée** dans cette Police comme indiqué dans le Certificat d'Assurance ou la date d'effet d'une majoration la garantie par rapport à une **Personne Assurée**, à l'expiration de laquelle le droit aux prestations est acquis. La **Période d'Attente** se décompte depuis la date d'inclusion de la **Personne Assurée** dans cette Police indiquée dans le Certificat d'Assurance ou la date d'effet d'une majoration de garantie.

Les soins pratiqués pendant une **Période d'Attente** pour **Maladie**, **Affection de Longue Durée** et **Maternité** dont les premiers symptômes apparaissent dans cette période, ou qui y sont médicalement constatées, traitées ou diagnostiquées ne peuvent donner lieu au versement de prestations, même après la fin de la **Période d'Attente**.

**ARTICLE 1 : OBJET ET ETENDUE DE L'ASSURANCE****BENEFICIAIRES :**

Sont bénéficiaires de l'assurance toutes les **Personnes Assurées** indiquées dans le Certificat d'Assurance.

**ETENDUE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE :**

L'assurance a pour objet de rembourser les frais médicaux, de chirurgie, d'hôpital ou de clinique réellement exposés par la **Personne Assurée** suite à **Accident**, **Maladie**, **Affection de Longue Durée** ou **Maternité** ou les frais d'obsèques occasionnés par le **Souscripteur** ou la succession de la **Personne Assurée** suite au décès de la **Personne Assurée** pendant l'**Année d'Assurance**, sur la base de l'option choisie par le **Souscripteur** par rapport à la **Personne Assurée** dans les limites comme définies dans le Tableau des Garanties et couverts par les termes et conditions de cette Police.

La garantie et le droit aux prestations cessent à la date de prise d'effet de la résiliation comme indiqué dans la section 'Résiliation' ci-dessous. Le **Conjoint** et les enfants à charge ne seront plus couverts quand le **Souscripteur** cesse d'être garanti sous cette Police, pour quelque cause que ce soit. Les garanties sous cette Police sont viagères, à condition que la Police soit renouvelée comme indiqué dans la section 'Durée de l'Assurance', sous réserve que cette Police reste en cours, sauf pour les enfants à charge du **Souscripteur** et de son **Conjoint** dont les garanties cesseront à la fin de l'**Année d'Assurance** suivant leur vingtième (20<sup>ème</sup>) anniversaire. En cas de dégradation de son état de santé, la **Personne Assurée** ne pourra pas être exclue de la Police par l'**Assureur** ou subir une majoration de cotisations.

**ARTICLE 2 : PRISE D'EFFET DE LA POLICE**

La garantie sous cette Police par rapport à une **Personne Assurée** commence à la **Date d'Effet de la Police** ou sa date d'inclusion dans la Police comme indiquée dans le Certificat d'Assurance, si celle-ci est plus tard. De telle date est déterminée par la date demandée par le **Souscripteur** ou la date de réception de la demande d'adhésion par le **Gestionnaire** si cela est plus tard, sous réserve d'un état de santé susceptible d'être accepté par l'**Assureur** sauf que la garantie Complémentaire Classique n'est pas soumise à acceptation médicale. Dans le cas où de plus amples renseignements médicaux seraient requis pour l'une ou

plusieurs personnes notée(s) sur la demande d'adhésion, de telles informations médicales devraient être soumises à l'Assureur pour acceptation. Jusqu'à notification au Souscripteur de la décision de l'Assureur de couvrir la personne en question, la garantie est acquise pour la personne en question pour tout risque accidentel pendant un maximum de deux (2) mois à compter de la date demandée par le Souscripteur ou la date de réception de sa demande d'adhésion par le Gestionnaire si celle-ci est plus tard. L'Assureur se réserve le droit de demander toute justification de l'état de santé ou examen médical. Ce qui précède ne concerne pas les enfants nouveau-nés d'un Souscripteur (ou son Conjoint) cotisant depuis plus de trois (3) mois dont les enfants nouveau-nés sont rajoutés à cette Police dans les deux (2) mois de leur naissance. Pour les enfants Nouveau-nés Prématurés d'un Souscripteur (ou son Conjoint) cotisant depuis plus de trois (3) mois, une demande d'adhésion doit être complétée pour l'enfant Nouveau-né Prématuré dans les quatorze (14) jours de sa naissance.

#### DELAIS D'ATTENTE :

##### Pour l'Assurance Maladie PREMIER EURO OR et ARGENT :

- Aucune Période d'Attente pour Accident. Un certificat médical précisant qu'il s'agit d'un Accident sera exigé.

- Trois (3) mois pour Maladie et Affection de Longue Durée.

- Dix (10) mois pour Maternité.

- Neuf (9) mois pour prothèse dentaire et traitement d'orthodontie, traitement de psychothérapie et de neurologie, prothèse et appareillage orthopédique et auditif, cure thermique et hélio marine, maladie sexuellement transmissible.

##### Pour l'Assurance HOSPITALISATION :

- Aucune Période d'Attente pour Accident. Un certificat médical précisant qu'il s'agit d'un Accident sera exigé.

- Trois (3) mois pour Maladie et Affection de Longue Durée.

- Dix (10) mois pour Maternité.

- Neuf (9) mois pour traitement de psychothérapie et de neurologie, prothèse et appareillage orthopédique et auditif, cure thermique et hélio marine, maladie sexuellement transmissible.

##### Pour l'Assurance COMPLEMENTAIRE MALADIE :

- Dix (10) mois pour Maternité (pour la garantie LUXE).

- Six (6) mois pour prothèse dentaire et traitement d'orthodontie (pour la garantie LUXE).

- Aucune Période d'Attente (pour la garantie CLASSIQUE).

La Période d'Attente est supprimée :

- Si la Personne Assurée peut justifier du bénéfice d'un régime précédent équivalent et dont les garanties ont cessé depuis trois (3) mois au maximum à la date d'inclusion de la Personne Assurée dans cette Police, comme indiqué dans le Certificat d'Assurance (fournir un certificat de radiation détaillé ou un justificatif équivalent, et le détail des garanties précédentes).

- Pour les enfants nouveau-nés du Souscripteur (ou son Conjoint) qui sont rajoutés à cette Police avant la fin de leur deuxième mois (à condition que le Souscripteur ait cotisé depuis plus de trois mois).

**DUREE DE L'ASSURANCE :** Cette Police est conclue depuis la Date d'Effet de la Police jusqu'à la prochaine Date Annuelle de Renouvellement indiquée dans le Certificat d'Assurance.

La Police est reconduite tacitement à chaque Date Annuelle de Renouvellement pour une nouvelle période de douze (12) mois sauf :

- Pour l'Assureur, la période de préavis est au moins deux (2) mois avant le 31 décembre en prévenant le Gestionnaire ;
- Pour le Souscripteur, la période de préavis est au moins un (1) mois avant le 31 décembre en prévenant le Gestionnaire.

En plus de ce qui précède, l'Assureur et le Souscripteur peuvent résilier la Police selon la section 'Résiliation'.

#### RESILIATION :

##### - Par l'Assureur

L'Assureur peut résilier cette Police ou la couverture par rapport à une Personne Assurée en donnant un préavis de trente (30) jours par écrit par moyen du Gestionnaire. Si la Police complète est résiliée, cela mettra fin à la couverture de toutes les Personnes Assurées.

L'Assureur ne résiliera pas la Police que pour des raisons valables (des exemples de raisons valables sont comme suit) :

- Non-paiement d'une cotisation : Voir la section 'Non-Paiement des Cotisations' ci-dessous ;
- Non-coopération ou manquement de fournir des renseignements ou de la documentation demandés par l'Assureur ;
- Comportement menaçant ou violent ou l'usage de langage menaçant ou grossier.

Si l'Assureur résilie cette Police ou la couverture d'une Personne Assurée, le Gestionnaire en informera le Souscripteur à sa dernière adresse connue de la part de l'Assureur.

##### - Par le Souscripteur

Délai de Réflexion :

Le Souscripteur dispose d'une période de trente (30) jours pour se rétracter de cette Police sans pénalités et sans indication de motif. La période pour la rétraction commencera soit à compter du jour où le Souscripteur reçoit la Police soit à compter de la Date Effective de la Police, si cette dernière date est postérieure, à condition que l'Assureur n'ait pas payé des prestations pendant le Délai de Réflexion.

En dehors du Délai de Réflexion, le Souscripteur peut uniquement résilier cette Police ou la couverture par rapport à une Personne Assurée en cas de révision tarifaire à tout moment pendant l'Année d'Assurance.

Le Souscripteur doit exercer l'option de résilier dans les quinze (15) jours qui suivent le moment où il a eu connaissance de la nouvelle cotisation d'assurance. La résiliation est effective un (1) mois après la notification par lettre recommandée à l'Assureur par moyen du Gestionnaire.

En dehors du Délai de Réflexion, tout remboursement de cotisation pertinente payée sera soumis à une déduction pour toute période que la Police a été en vigueur. Celui-ci sera calculé proportionnellement. Par exemple, si la Police annuelle a été en vigueur pendant six (6) mois, la déduction pour la période que la Police a été en vigueur sera égale à la moitié de la cotisation annuelle.

#### COTISATIONS :

Les cotisations sont payables intégralement par le Souscripteur à la Date d'Effet de la Police ou avant, et à chaque Date Annuelle de Renouvellement consécutive ou avant ou à la date d'effet d'une éventuelle majoration de garantie ou avant. Néanmoins, l'Assureur peut consentir à un fractionnement mensuel, trimestriel ou semestriel à la demande du Souscripteur. Les cotisations sont en fonction des âges des Personnes Assurées jusqu'à l'âge de quatre-vingt (80) ans, à la Date d'Effet de la Police ou la date d'inclusion de la Personne Assurée comme indiquée dans le Certificat d'Assurance si cette dernière est postérieure. En cas d'admission de Personnes Assurées de quatre-vingt (80) ans ou moins, ou d'exclusion de Personnes Assurées pendant l'Année d'Assurance, la cotisation supplémentaire payable par, ou le trop-versé dû au Souscripteur est calculée au prorata par rapport à de telles admissions ou exclusions.

#### NON PAIEMENT DE COTISATIONS :

Le paiement d'une cotisation ne maintient la garantie en vigueur pour une Personne Assurée que jusqu'à la prochaine Date Annuelle de Renouvellement. Les garanties sont suspendues tant que la cotisation n'est pas réglée. Si l'une des cotisations n'est pas payée dans les dix (10) jours de son échéance, le Gestionnaire adressera au Souscripteur une lettre recommandée l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente (30) jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation entraînera la suspension des garanties. Aucune prestation n'est due pour les frais médicaux, chirurgicaux, d'hôpital ou de clinique engagés ou les frais d'obsèques occasionnés pour un décès survenant pendant des périodes de suspension des garanties, ni résultant d'Accident, Affection de Longue Durée, Maladie ou Maternité qui est médicalement constaté pendant ces périodes ou qui y a pris naissance.

#### TAXE SUR LES COTISATIONS D'ASSURANCE :

Les cotisations payables sous cette Police peuvent être assujetties à la taxe sur les cotisations d'assurance obligatoire, qui sera payable par le Souscripteur au taux en vigueur. La taxe sur les cotisations d'assurance applicable est indiquée dans le Certificat d'Assurance et/ou les appels de cotisations.

En cas de modification du taux ou des dispositions de la taxe sur les cotisations d'assurance pendant l'Année d'Assurance où toute cotisation payable pendant l'Année d'Assurance est légalement assujettie à de telle modification ou disposition, la cotisation payable comprendra de telle modification ou nouvelle disposition.

#### ARTICLE 3 : GARANTIES

**FRAIS ASSURES :** L'Assureur remboursera directement ou par moyen du Gestionnaire ou un de ses organismes gestionnaires mandatés les frais médicaux, chirurgicaux, d'hôpital ou de clinique exposés pendant l'Année d'Assurance par la Personne Assurée, qui résultent d'Accident, Maladie, Affection de Longue Durée ou Maternité, y compris des frais résultant d'interventions chirurgicales subies par la Personne Assurée, à condition qu'ils soient médicalement prescrits et soient indiqués dans le Tableau des Garanties et garantis par les termes et conditions de cette Police.

**FRAIS D'OBSEQUES :** Si la Personne Assurée décède dans n'importe quel pays du monde pendant l'Année d'Assurance, l'Assureur remboursera directement ou par moyen du Gestionnaire ou un de ses organismes gestionnaires mandatés les frais suivants occasionnés par le Souscripteur ou la succession de la Personne Assurée :

- Tous les frais raisonnables d'obsèques, d'enterrement ou d'incinération ainsi que les frais associés ; ou
- Tous les frais relatifs au transport du corps ou des cendres de la Personne Assurée à un endroit désigné par le représentant légal de la succession de la Personne Assurée ; que le décès soit lié par quelque moyen que ce soit à Accident, Maladie, Maladie Grave ou Maternité ou qu'il a fait l'objet d'un remboursement de frais médicaux, chirurgicaux, d'hôpital ou de clinique valable sous cette Police ou pas.

**PLAFONDS :** Comme indiqué dans le Tableau des Garanties, après déduction d'éventuels paiements de prestations d'autres Assureurs, remboursements ou prises en charge de toute autre source, cette Police remboursera jusqu'aux niveaux de remboursement et limitations pour chaque Personne Assurée pour chaque Année d'Assurance indiqués dans les Tableaux des Garanties, mais ne pourra pas dépasser le montant des frais réellement engagés par la Personne Assurée ou le Souscripteur pour les enfants à charge couverts par cette Police ou le Souscripteur/la succession de la Personne Assurée décédée par rapport aux frais d'obsèques.

#### ARTICLE 4 : EXCLUSIONS

En plus d'éventuelles exclusions spécifiques indiquées dans le Certificat d'Assurance qui pourront s'appliquer à une Personne Assurée en particulier, les exclusions ci-dessous s'appliqueront à toutes les Personnes Assurées.

Cette Police ne couvre pas le remboursement des frais médicaux suivants :

- Tous les frais médicaux, chirurgicaux, d'hôpital et de clinique engagés avant la date d'inclusion de la Personne Assurée dans cette Police indiquée dans le Certificat d'Assurance, ou résultant de Maladie, Accident ou Affection de Longue Durée antérieure à cette date (sauf accord Assureur).
- Tous les frais médicaux, chirurgicaux, d'hôpital et de clinique résultant de Maladie, Accident ou Affection de Longue Durée dont la première constatation médicale est postérieure à la cessation des garanties.
- Tout sinistre provoqué ou causé intentionnellement par la Personne Assurée.
- Consécutifs à la participation de la Personne Assurée aux activités suivantes : service militaire, guerre, guerre civile ou acte d'un ennemi étranger, violentes bagarres, grèves, lock-outs, émeutes, révoltes, révolutions, insurrection, rixe (sauf cas de légitime défense), Terrorisme, pouvoir militaire ou usurpé ou acte illégal, y compris l'emprisonnement en résultant.
- Consécutifs à Maladie, Accident ou Affection de Longue Durée provenant de la participation de la Personne Assurée dans tous types de courses, matches, paris (étant le résultat d'un événement imprévisible), ou tentatives de records sauf compétition sportive normale, exhibition, acrobaties et aviation sauf en tant que passager sur des lignes commerciales régulières ; ni la pratique des sports suivants : parachutisme, rallyes et compétitions avec usage de véhicules terrestres à moteurs, ULM et delta plane.
- Consécutifs au déclenchement d'armes de destruction massive (nucléaire, chimique ou biologique), d'ordre explosif ou non-explosif.

- Consécutifs à **Maladie, Accident ou Affection de Longue Durée** causés par l'ivresse, l'alcoolisme ou l'abus de stupéfiants.
- Traitements non liés directement à **Maladie, Accident, Affection de Longue Durée** ou **Maternité**, par exemple cures de rajeunissement, d'amaigrissement ou d'engraissement, cures de sommeil, de désintoxication, traitements esthétiques et similaires (sauf s'ils sont consécutifs à un **Accident** dont la garantie est acquise).
- Consécutifs à des atteintes à la santé dues à des explosions ou radiations causées par réaction nucléaire, transmutation du noyau de l'atome ou radioactivité.
- Frais suite à une interruption volontaire de grossesse non nécessitée par un état de santé.
- Frais liés à la neuropsychiatrie caractérisée, à l'exception des maladies psychiatriques normalement prises en charge par la Sécurité Sociale Française dans le cadre des **Affections de Longue Durée**.
- Consécutifs aux frais de tous les séjours, quelle que soit la nature de l'établissement, normalement pris en charge selon les critères prévus pour les longs séjours.
- Chambres particulières et **Forfaits Journaliers Hospitaliers** dans les cas suivants : maison de repos, de convalescence, de neuropsychiatrie, de rééducation, de gérontologie, de diététique, ainsi que des établissements similaires.
- Engagés par des enfants **Nouveau-nés Prematurés** après quatorze (14) jours à partir de la date de naissance jusqu'à trente (30) jours suivant la sortie de l'hôpital.
- Frais d'accommodations personnelles en cas d'**Hospitalisation** dans une chambre particulière tels que l'utilisation du téléphone, l'eau et la télévision.

Les exclusions indiquées ci-dessus ne s'appliquent pas aux frais d'obsèques.

Pour une **Personne Assurée** qui est enceinte à sa date d'inclusion dans cette Police comme indiqué dans le Certificat d'Assurance et qui possédait déjà une assurance maladie pendant les trois (3) mois précédant de telle date : l'**Assureur** n'est obligé de rembourser ni les frais courants de la grossesse, soit les frais courants de sage-femme et de l'accouchement, ni le forfait de naissance comme indiqué dans le Tableau des Garanties. Tous les autres frais engagés, par exemple les frais liés à des éventuelles complications de la grossesse et de l'accouchement seront remboursés, sous réserve qu'il ne s'agit pas d'une naissance multiple et que la **Personne Assurée** n'a pas eu de complications lors d'une grossesse précédente. Si la **Personne Assurée** ne peut pas justifier d'une assurance maladie précédente, la **Période d'Attente** de dix (10) mois pour la **Maternité** s'appliquera.

Le fait que l'**Assureur** ait payé des prestations, même à plusieurs reprises, n'implique pas qu'il renonce tacitement à appliquer une restriction ou une exclusion prévue par cette Police.

#### ARTICLE 5 : SINISTRES

Les sinistres devront être déclarés à l'**Assureur** par moyen du **Gestionnaire**, sur les imprimés de prévus à cet effet et mis à la disposition de la **Personne Assurée** ou le **Souscripteur** pour les enfants à charge couverts par cette Police, ou le **Souscripteur**/représentant légal de la succession de la **Personne Assurée** décédée par rapport aux frais d'obsèques. Ils seront réglés par chèque ou virement soit à l'ordre de la **Personne Assurée** soit à l'ordre du **Souscripteur** pour les enfants à charge couverts par cette Police soit à l'ordre du **Souscripteur**/représentant légal de la succession de la **Personne Assurée**. Les frais médicaux, chirurgicaux, d'hôpital, de clinique et les frais d'obsèques sont remboursés par l'**Assureur** ou le **Gestionnaire** dans les meilleurs délais et, en tout cas, dans le mois qui suit la remise des pièces justificatives. En cas de demande de règlement d'une facture par un hôpital, une clinique, un pharmacien, un radiologue ou un laboratoire, l'**Assureur** ou le **Gestionnaire** paiera l'établissement à la place de la **Personne Assurée** ou du **Souscripteur** pour les enfants à charge couverts par cette Police, dans la limite des garanties.

FORMALITES : Afin de prétendre aux remboursements, la **Personne Assurée** ou le **Souscripteur** pour les enfants à charge couverts par cette Police, devra envoyer la feuille de soins originale dûment complétée et signée ainsi que toutes notes et factures détaillées complémentaires attestant la dépense réelle et la nature des actes accomplis ou, en ce qui concerne les frais d'obsèques, le **Souscripteur**/représentant légal de la succession de la **Personne Assurée** décédée devra envoyer l'original de l'acte de décès.

Une demande d'entente préalable doit être adressée à l'**Assureur** ou au **Gestionnaire** pour l'orthodontie ainsi que les séances de kinésithérapie et d'orthophonie. A défaut, le remboursement serait limité. Le cumul des divers remboursements obtenus par une **Personne Assurée** ou le **Souscripteur** pour les enfants à charge couverts par cette Police ne peut excéder la dépense réelle. Il sera donc obligatoirement tenu compte des remboursements précédents. Cette Police rembourse les frais engagés hors de l'Espace Economique Européen, quel que soit le pays concerné, pour un séjour n'excédant pas trois (3) mois pendant l'**Année d'Assurance**, après déduction d'éventuels paiements de prestations d'autres assureurs, remboursements ou prises en charge de toute autre source.

Ils sont pris en charge en EUR (Euro) d'après la **Base de Remboursement** de la Sécurité Sociale Française sous réserve qu'ils aient été médicalement prescrits. Le reçu et la facture devront être envoyés simultanément au **Gestionnaire**.

INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'HOSPITALISATION (pour les **Personnes Assurées** âgées de moins de soixante-seize (76) ans le jour d'entrée à l'hôpital uniquement): Pour obtenir le paiement des prestations prévues la **Personne Assurée**, ou le **Souscripteur** pour les enfants à charge couverts par cette Police, doit remettre au **Gestionnaire** un certificat médical précisant le nombre de nuits consécutives passées à l'hôpital ainsi que le motif de l'**Hospitalisation**.

Les prestations sont versées à la **Personne Assurée**, ou le **Souscripteur** pour les enfants à charge couverts par cette Police, mensuellement à terme échu à partir de la quatrième (4<sup>ème</sup>) nuit consécutive d'**Hospitalisation**, et ce jusqu'à la sortie de l'hôpital de la **Personne Assurée** ou jusqu'à la trois cent soixante-cinquième (365<sup>ème</sup>) nuit consécutive à l'hôpital, selon le Tableau des Garanties.

Lorsque la **Personne Assurée** est victime d'un **Accident** dans lequel la responsabilité d'un tiers est engagée, il doit déclarer cet **Accident** à l'**Assureur** dès que possible. En fait, l'**Assureur** a le droit de réclamer au responsable le remboursement des prestations qu'il verse à la suite de l'**Accident** au moyen d'un recours.

La **Personne Assurée** effectuera, facilitera et permettra tous les actes nécessaires ou requis par l'**Assureur** pour faire valoir ses éventuels droits ou intenter une action contre ce tiers. Si ce recours ne pouvait s'exercer du fait de la **Personne Assurée**, la garantie de l'**Assureur** cesserait d'être engagée dans la mesure où le recours aurait pu s'exercer.

La **Personne Assurée** devra se prêter à toute expertise ou examen que l'**Assureur** jugera

bon de lui demander, sous peine de déchéance.

#### ARTICLE 6 : DELAI POUR LES SINISTRES

Tous les sinistres doivent être déclarés dans les deux (2) ans de la date du traitement médical comme indiqué sur l'original de la feuille de soins ou de la facture.

#### ARTICLE 7 : TERRITORIALITE ET SEJOURS A L'ETRANGER

Les **Personnes Assurées** peuvent être de quelque nationalité que ce soit mais doivent résider dans l'Espace Economique Européen. Les garanties sont acquises hors de ce territoire pour tout séjour n'excédant pas trois (3) mois. Néanmoins, en ce qui concerne les frais d'obsèques, de tels frais occasionnés sont garantis si la **Personne Assurée** décède dans n'importe quel pays du monde pendant l'**Année d'Assurance**.

#### ARTICLE 8 : SINISTRES FRAUDULEUX

##### 1. Par le Souscripteur

Si le **Souscripteur** déclare un sinistre frauduleux sous cette Police, l'**Assureur** :

- (a) est déchargé du paiement du sinistre ; et (b) peut récupérer toute somme versée par l'**Assureur** au **Souscripteur** par rapport au sinistre ; et (c) peut résilier la Police à effet de la date du sinistre frauduleux en avisant le **Souscripteur** ; et (d) n'est pas obligé de rembourser les cotisations payées.

##### 2. Par une Personne Assurée qui n'est pas également le Souscripteur

Si un sinistre frauduleux est déclaré sous cette Police par ou de la part d'une **Personne Assurée**, l'**Assureur** peut exercer les droits indiqués dans le paragraphe 1 ci-dessus comme s'il existait une police d'assurance individuelle entre l'**Assureur** et la **Personne Assurée**. Néanmoins, l'application de tout ou une partie de ces droits n'affectera pas la couverture fournie sous la Police pour les autres **Personnes Assurées**.

#### ARTICLE 9 : LOI APPLICABLE ET JURIDICTION

Il est possible de choisir la Loi applicable à un contrat d'assurance garantissant un risque situé dans l'Espace Economique Européen. L'**Assureur** a décidé que la Loi Anglaise s'appliquera à cette Police. Pour qu'une quelconque autre Loi soit applicable, cela doit être convenu par les deux parties et ce par écrit. En cas de litige, les tribunaux anglais seront seuls compétents. En acceptant la juridiction la **Personne Assurée** renonce à toute faculté d'appel dans un autre pays.

#### ARTICLE 10 : RECLAMATIONS

Si la **Personne Assurée** a des questions ou des inquiétudes concernant sa police ou le traitement d'un sinistre, elle doit contacter le **Gestionnaire** dans un premier temps. Cependant, si la **Personne Assurée** souhaite porter plainte, elle peut le faire par écrit ou verbalement à tout moment en utilisant les coordonnées ci-après : The Complaints Manager, Tokio Marine Kiln Group Limited, 20 Fenchurch Street, London, EC3M 3BY, Royaume-Uni, Tél : +44 (0)20 7886 9000, Mail : [complaints@tokiomarinekiln.com](mailto:complaints@tokiomarinekiln.com). Si la **Personne Assurée** n'est toujours pas satisfaite de la réponse de l'**Assureur** à sa réclamation, elle peut orienter sa réclamation au Service des Réclamations à Lloyd's : The Complaints Department, Lloyd's Market Services, Fidentia House, Walter Burke Way, Chatham, Kent, ME4 4RN, Royaume-Uni, Tél : +44 (0)20 7327 5693, Mail : [complaints@lloyds.com](mailto:complaints@lloyds.com). Des renseignements sur les procédures de réclamation de Lloyd's sont détaillés dans un dépliant "Your Complaint – How We Can Help" disponible à [www.lloyds.com/complaints](http://www.lloyds.com/complaints) et à l'adresse ci-dessus. Si le désaccord persistait après la réponse de Lloyd's, la **Personne Assurée** pourrait saisir le Médiateur de l'Assurance à condition qu'aucune action judiciaire n'ait été engagée : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cédex 09, France. Si la **Personne Assurée** n'est toujours pas satisfaite de la réponse à sa réclamation, elle a la possibilité, si elle est un particulier, de renvoyer sa réclamation au service du Médiateur de la FFSa : Le Médiateur de la FFSa, BP 290, 75425 Paris Cedex 09, France. Tél : 04.45.23.40.71, Fax : 01.45.23.27.15, Mail : [le.mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org), [www.ffsa.fr/sites/jcms/c\\_33694/fr/assurance-le-recours-au-mediateur](http://www.ffsa.fr/sites/jcms/c_33694/fr/assurance-le-recours-au-mediateur).

#### ARTICLE 11 : SANCTIONS

L'**Assureur** ne donnera aucune prestation sous cette Police, soit la fourniture de couverture, le paiement de tout sinistre ou la provision de toute prestation si cela enfreindrait toute sanction, interdiction ou restriction imposées par la loi ou la réglementation.

#### ARTICLE 12 : PROTECTION DES DONNEES

Le **Souscripteur** et la **Personne Assurée** devront comprendre que toute information fournie sera traitée par l'**Assureur** et le **Gestionnaire** conformément aux dispositions de la Loi sur la Protection des Données (*Data Protection Act 1998*) afin de fournir une couverture d'assurance et de traiter les sinistres et les éventuelles réclamations, qui pourra nécessiter l'envoi de telle information à des tiers. Cela comprendra des situations où des investigations médicales supplémentaires sont considérées nécessaires pour traiter la demande d'adhésion : des informations personnelles et médicales fournies par le **Souscripteur** et la **Personne Assurée** pourront alors être transmises au Médecin Conseil de l'**Assureur** et dans ce cas le **Souscripteur** et la **Personne Assurée** en recevront une confirmation écrite comprenant des renseignements sur l'identité des personnes qui ont reçu ces informations. De plus amples renseignements se trouvent sur la section "Termes d'Utilisation" du site web [www.amariz.fr](http://www.amariz.fr).

#### ARTICLE 13 : REGLEMENTATION

Tokio Marine Kiln Syndicates Limited est autorisé par le Prudential Regulation Authority (PRA) et réglementé par le Financial Conduct Authority (FCA) et le Prudential Regulation Authority. Le Numéro de Référence de l'**Assureur** et d'autres informations sont disponibles sur le registre des Services Financiers à [www.fca.org.uk](http://www.fca.org.uk).

#### ARTICLE 14 : INDEMNISATION

Les Assureurs de Lloyd's sont couverts par le Financial Services Compensation Scheme (système d'indemnisation pour les services financiers). La **Personne Assurée** aura peut-être le droit à une indemnisation de ce système si un Assureur de Lloyd's ne peut pas remplir ses obligations sous cette Police. Si la **Personne Assurée** avait droit à une indemnisation sous ce système, le niveau et l'étendu de celle-ci serait en fonction de la nature de cette Police. De plus amples renseignements sur ce système sont disponibles à l'adresse suivante : Financial Services Compensation Scheme (10th Floor, Beaufort House, 15 St. Botolph Street, London EC3A 7QU) et sur sa site web : [www.fscs.org.uk](http://www.fscs.org.uk).

#### ARTICLE 15 : COASSURANCE

Les obligations des assureurs participants sous des contrats d'assurance auxquels ils souscrivent sont non-solidaires et non-conjointes et sont limitées uniquement à l'étendue de leurs participations individuelles. Les assureurs participants ne sont pas responsables de la souscription de tout autre co-assureur qui, pour n'importe quelle raison, ne satisfait pas à une partie de ou toutes ses obligations.