

Visa MF n° 340/12 du 25 Août 1997

ASSURANCE GROUPE MALADIE

CONDITIONS GENERALES

BH ASSURANCE

**Le présent contrat est régi par le Code des Assurances
promulgué par la loi n° 92/24 du 9 Mars 1992 ainsi que les
Conditions Générales et Particulières qui suivent et le
formulaire de déclaration de risque qui y sont annexées et qui
en font partie intégrante.**

ARTICLE (1) - DEFINITIONS :

Pour l'application du présent contrat, il faut entendre par :

ASSURES :

Sont assurables au titre du présent contrat, les membres, du personnel du souscripteur âgés de plus de 18 ans et effectivement présents au travail au jour de leur affiliation.

Il demeure convenu que, pour tout assuré, la limite d'âge pour le bénéfice des garanties prévues au présent contrat avec la fin des relations de travail prévues par le code du travail et en particulier par les dispositions des articles 14 et 15 du décret 74/499 du 17 avril 1974 relatif au régime de vieillesse, invalidité et survie.

MALADIE :

De convention expresse entre les parties, la maladie est caractérisée par une altération de la santé, état constaté par une autorité médicale compétente.

ACCIDENT :

Tout événement soudain, imprévu et extérieur à la victime et constituant la cause des dommages corporels, de même qu'un accident est une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré ou du bénéficiaire de l'assurance, et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

LE SOUSCRIPTEUR :

La personne désignée en cette qualité aux conditions particulières ou toute autre personne qui lui sera substituée par accord des parties, appelée à contracter avec l'assureur et redevable du paiement des primes.

ARTICLE 2 : PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET DUREE DU CONTRAT :

Le présent contrat est souscrit pour une période allant jusqu'au 31 Décembre suivant sa date d'effet. Il se renouvelle ensuite d'année par tacite reconduction par l'une ou l'autre des parties notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception 2 mois avant l'échéance annuelle fixée au 1^{er} janvier de chaque année.

En cas de résiliation du présent contrat conformément au paragraphe précédent, les garanties cessent au mois avant l'échéance annuelle fixée au 1^{er} janvier de chaque année.

En cas de résiliation du présent contrat conformément au paragraphe précédent, les garanties cessent au jour de l'échéance, l'assureur n'étant tenu qu'aux prestations découlant d'actes pratiques

ARTICLE 3-REVISION DU CONTRAT :

L'assurance se réserve le droit de demander la révision tant des garanties accordées que des taux de prime du contrat.

Cette demande de révision ne pourra intervenir que lorsque :

- a) Les résultats enregistrent un déficit cumulé d'année en année égal ou supérieur à 20% du montant des primes nettes de taxes et des frais généraux, lesdits frais généraux étant évalués, à 25% des primes nettes de taxes.
 - b) Le nombre des Assurés devient inférieur aux $\frac{3}{4}$ de l'effectif assurable.
- En cas de désaccord sur la révision, le Souscripteur dispose d'un délai de 1 mois à compter de notification faite par l'Assureur, pour résilier le présent contrat à son échéance et ce, nonobstant les dispositions du paragraphe premier de l'article 2 ci-dessus.

ARTICLE 4-RESILIATION DU CONTRAT :

Le contrat peut être résilié avant sa date d'expiration normale dans les cas et conditions ci-après.

a) Par le souscripteur ou l'assureur :

Chacune des deux parties a le droit de résilier le contrat tous les ans à son échéance en prévenant l'autre partie conformément aux dispositions de l'article 2.

b) Par l'assureur :

- 1-En cas de constations de réticence ou de fausse déclaration avant sinistre suivi d'un refus de majoration de prime (Article 8 du code des assurances) ;
- 2-En cas d'aggravation du risque le souscripteur n'accepte pas l'augmentation de prime qui lui a été proposée par l'assureur (article 9 du code des assurances) ;
- 3- En cas de non-paiement de prime l'assureur peut suspendre le contrat d'assurance. La suspension ne prend effet que 20 jours après l'envoi à l'assuré à son dernier domicile connu par l'assureur, et ce par lettre recommandée avec accusé de réception d'une mise en demeure d'avoir à payer. L'assureur a le droit, dix jours après ce délai, de résilier le contrat par lettre recommandée avec accusé de réception, ou d'en poursuivre l'exécution en justice (article 11 du code des assurances) ;

c) Par le souscripteur :

En cas de diminution des circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat, si l'assureur ne consent pas à la diminution de la prime correspondante l'assuré a le droit de résilier le contrat 30 jours à compter de la notification de la demande de diminution par lettre recommandée avec accusé de réception ou par déclaration faite contre récépissé aux bureaux de l'assureur (Article 9 du code des assurances).

ARTICLE 5- LE CONTENTIEUX :

a) Compétence des tribunaux :

Pour les actions dérivant du contrat d'assurance :

- a) Si l'action est engagée par l'assureur, le tribunal compétent est celui du domicile de l'assuré.
- b) Si l'action est engagée par l'assuré, celui-ci peut saisir soit le tribunal du lieu de son domicile, soit celui du lieu du domicile de l'assureur.

b) Prescription :

Toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites dans un délai de 2 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.

c) Frais de procès :

Les frais de procès de quittance et autres frais de règlement ne viennent pas en déduction du montant de la garantie.

ARTICLE 6- ADMISSION AU BENEFICE DE L'ASSURANCE

Pour être admise au bénéfice de l'assurance, toute personne assurable est tenue de remplir et signer une fiche d'adhésion qui lui est remise et notamment le questionnaire médical qui y est inclus.

Cette fiche d'adhésion aura valeur de consentement écrit. Le bénéfice des garanties peut concerner soit l'ensemble du personnel du souscripteur, soit une ou plusieurs catégories déterminées aux conditions particulières.

Aucune formalité d'ordre médical n'est en principe exigée pour l'acceptation des risques lorsque la totalité du personnel ou de la catégorie du personnel assuré du souscripteur est effectivement comprise dans l'assurance, si tel n'est pas le cas, la Compagnie se réserve la faculté de demander tout renseignement

complémentaire et de soumettre le postulant à tout examen médical qui s'avérerait nécessaire pour l'éclairer sur son état de santé.

La compagnie se réserve en fin la faculté, au vu du dossier médical ainsi constitué, de refuser l'admission d'un postulant ou de l'admettre dans des conditions dérogatoires à celles prévues au présent contrat et précisées dans les conditions particulières.

ARTICLE 7-DECLARATION DU SOUSCRIPTEUR ET DES ASSURES :

Le présent contrat est rédigé sur la foi des déclarations écrites du souscripteur d'une part et des assurés d'autre part.

Ceux –ci doivent répondre loyalement et avec précision à toutes les questions consignées dans les formulaires de déclaration du risque pour lesquels l'assureur les interroge avant la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il compte prendre en charge.

Ces déclarations, ainsi que les présentes conditions Générales et Particulières constituent la base unique et fondamentale du contrat.

ARTICLE 8 CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du présent contrat cessent de plein droit dans les cas suivants :

- 1) Pour l'ensemble des Assurés, en cas de résiliation du contrat dans les conditions de l'article 2 ci-dessus.
- 2) Pour un Assuré lorsque, pendant la durée du contrat par des déclarations de sinistre sciemment fausses ou incomplètes et notamment par simulation de maladie ou d'invalidité, il obtient ou tente d'obtenir des prestations.
- 3) Pour un Assuré lors de son décès.
- 4) Pour tout Assuré, à la fin de la relation de travail qui le lie au Souscripteur.
- 5) Pour un Assuré, en cas de démission, de radiation ou de révocation par le souscripteur avant le terme normal du contrat de travail, auquel cas les garanties prennent fin immédiatement.
- 6) Pour un Assuré en état d'incapacité de travail longue maladie au terme d'une période d'un an à compter de la date à laquelle il cesse de cotiser et pour autant que le contrat est toujours en vigueur.
- 7) Pour un Assuré qui atteint son 60^{ème} anniversaire.

ARTICLE 9- ASSIETTE DES PRIMES :

Les garanties prévues au présent contrat son accordé en contrepartie du paiement d'une prime dont le montant est précisé aux conditions Particulières. La prime peut être soit une somme forfaitaire par Assuré soit un pourcentage des salaires.

Dans ce dernier cas, il est expressément convenu entre les parties que le salaire est constitué par l'ensemble des rémunérations brutes en espèces allouées par le souscripteur au salarié assuré en vertu du contrat de travail à l'exclusion des seules allocations et prestations familiales et des avantages en nature.

La Compagnie se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations sur les livres de paie du souscripteur chaque fois qu'elle juge de l'opportunité de la vérification.

ARTICLE 10- OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR :

Le souscripteur s'oblige à :

- 1) Informer l'Assureur des interruptions de travail et lui transmettre les bulletins d'adhésion des nouvelles recrues dans les meilleurs délais.
- 2) Fournir un état nominatif des assurés sur les imprimés fournis par la compagnie reprenant les salaires payés à chacun au sens de l'article 9-ci-dessus.

Cet état accompagné de toutes pièces justificatives éventuelles doit être adressé à la compagnie dans les quinze jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil.

- 3) A régler la provision prévue aux conditions Particulières. Cette provision, non productive d'intérêts, est remboursée au souscripteur lors de la résiliation, du contrat ou, s'il y a lieu, déduite des primes encore dues à la compagnie lors de cette résiliation.
- 4) A régler les primes trimestrielles ressorties au vu de la déclaration prévue ci-dessus dans un délai n'excédant pas quinze jours à compter de la remise d'un mémoire de règlement par la compagnie.

ARTICLE 11-OBJET DU CONTRAT :

Le présent contrat a pour objet de garantir aux assurés désignés à l'article 1 : La couverture des risques de maladie et/ou des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité conformément aux Conditions Générales et Particulières du contrat.

ARTICLE 12- DEFINITION ET MONTANT DES GRANTIES :

-A/Garantie Décès :

En cas de décès de l'assuré, l'Assureur verse aux bénéficiaires désignés, le capital assuré. Ce capital assuré est fixé en fonction du traitement de base de l'assuré tel qu'il est défini aux conditions particulières, avec majorations éventuelles pour charges de famille. Pour l'application de ces dispositions, sont considérés comme charges de famille, les enfants de l'assuré ainsi que les enfants de son conjoint non divorcé :

- s'ils sont âgés de moins de 21 ans ou s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice ;

- ou si, âgés de moins de 25 ans, ils justifient soit de l'accomplissement du service militaire légal, soit de la poursuite de leurs études.

Ne sont cependant pas considérés comme à la charge de l'assuré divorcé, les enfants dont il n'a pas la garde et qui ne sont pas désignés comme bénéficiaires pour une somme au moins égale à la majoration de capitale qui aurait correspondu à leur prise en charge.

Les enfants nés viables, moins de 300 jours après le décès de l'assuré entrent en considération pour la détermination du capital garanti.

Le montant assuré en capital décès est indiqué aux conditions particulières.

-B/Garantie Invalidité Absolue et Définitive :

Si, avant l'âge d'admission à la retraite et au plus tard à son 60^{ème} anniversaire, un assuré est atteint d'une invalidité absolue et définitive le mettant dans l'impossibilité absolue d'exercer une profession quelconque et en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie l'assureur versera par anticipation le capital garanti en cas de décès.

La déclaration de l'invalidité doit être faite à l'assureur par l'intermédiaire du souscripteur avec, à l'appui une attestation détaillée de médecin de l'assuré étant toutefois précisé que pour être recevable la déclaration doit parvenir à l'assureur avant la date de mise à la retraite.

L'assureur se réserve le droit de se livrer à toute enquête et de soumettre l'intéressé à toute expertise médicale qu'il jugerait utile pour apprécier l'état d'invalidité.

Si l'assureur reconnaît l'état d'invalidité absolue et définitive, le capital garanti en cas de décès est réglé en quatre semestrialités, le paiement du premier acompte semestriel est effectué six mois après la date de consolidation de l'invalidité par l'assureur celui-ci se réservant le droit de contrôler l'état de l'assuré pendant toute la durée des versements prévus ci-dessus.

L'assuré a la faculté de demander le paiement du capital en une seule fois si l'invalidité résulte de la perte des deux yeux ou de la perte de l'usage de deux membres en outre, si ces faits sont la conséquence d'un accident, le délai de six mois est supprimé et le paiement du capital est effectué dès la date de reconnaissance de l'invalidité.

L'assurance en cas de décès pendra fin lors du paiement du capital si celui-ci est versé en une seule fois ou lors du paiement du premier acompte semestriel.

Si l'assuré décède avant d'avoir perçu la totalité du capital le solde est versé en une seule fois aux bénéficiaires désignés.

Si l'assureur ne reconnaît pas l'état d'invalidité absolue et définitive, il le notifie à la contractante si l'assuré conteste cette décision il devra en informer l'assureur par l'intermédiaire du souscripteur dans le délai d'un mois à compter de la date d'envoi de la notification. Le litige sera alors réglé suivant la procédure prévue à l'article 17.

C / Garantie Décès Accidentel :

Si le décès est la conséquence d'un accident il est versé aux bénéficiaires de l'assurance décès un capital supplémentaire dont le montant est fixé aux conditions particulières.

La garantie de l'assureur s'applique, lorsque l'accident a entraîné des blessures ou lésions mortelles, à condition que le décès de l'assuré soit survenu dans les six mois qui suivent la date de l'accident.

Il appartient aux bénéficiaires d'apporter la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et les décès.

D/ Incapacité de travail - Maladie Permanente :

La garantie du présent chapitre a pour objet :

Le service d'une indemnité journalière en cas d'incapacité totale temporaire de travail sous réserve que cette incapacité ouvre droit, en outre aux prestations prévues par la réglementation de l'organisme de sécurité sociale.

Le service d'une rente en cas d'invalidité permanente ouvrant droit à la pension d'invalidité prévue par la réglementation susvisée.

Le service d'une indemnité ou d'une rente en faveur des assurés ne pouvant bénéficier des prestations de l'organisme de sécurité sociale soit parce qu'ils ne remplissent pas encore les conditions de stage nécessaires pour en bénéficier, soit parce qu'ils sont exclus de la couverture de l'organisme de Sécurité Sociale.

Les modalités de la garantie ont été établies en considération de la réglementation actuelle de l'organisme de sécurité sociale ; si ultérieurement cette réglementation venait à être modifiée, il est convenu entre les parties qu'à défaut d'avenant au contrat, la législation en vigueur, lors de la souscription du contrat, servirait de référence pour l'application des garanties.

E / Incapacité Temporaire :

L'assuré est réputé en état d'incapacité complète de travail s'il se trouve dans l'incapacité physique constatée médicalement de continuer son travail ou de reprendre une activité professionnelle.

L'assureur garantit en cas d'incapacité temporaire de travail, le versement à compter du jour indiqué aux conditions particulières du contrat suivant l'arrêt de travail et ce, pendant une durée maximum de 1an d'une indemnité journalière exprimée en pourcentage du traitement de base déclaré. Le taux de ce pourcentage est indiqué aux conditions particulières.

Cette indemnité, acquise jour par jour, est payable mensuellement à terme échu, tant que l'affilié est en état d'incapacité totale, jusqu'au jour de reconnaissance de la liquidation de la pension ou rente de l'assurance vieillesse de l'organisme de sécurité sociale.

Toute reprise du travail inférieure à deux mois n'entraîne qu'une suspension du paiement de l'indemnité.

En cas de reprise du travail à temps partiel, les indemnités journalières compensatrices versées par l'assureur sont réduites de moitié sans que le total des indemnités journalières versées et des salaires payés par la contractante, puisse excéder le montant du salaire de base retenu pour calcul des indemnités journalières complémentaires.

Le délai de franchise est fixé dans les conditions particulières.

F/Invalidité Permanente :

Par invalidité permanente, totale ou partielle il faut entendre une invalidité suite de maladie ou d'accident entraînant d'impossibilité physique totale ou partielle pour l'assuré de se livrer à l'exercice normal de sa profession ou de toute autre profession lui procurant gain ou profit.

1- Invalidité Total

L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente et totale s'il est reconnu atteint d'une invalidité égale ou supérieure à 66%.

A partir de ce moment l'indemnité prévue pour incapacité temporaire cessera d'être due et sera remplacée au-delà d'1 an, par le service d'une rente exprimée en pourcentage du traitement de base déclaré. Le taux de ce pourcentage est indiqué aux conditions particulières.

Le service de cette rente cessera lors de la liquidation de la pension de l'organisme de Sécurité Sociale ou au plus tard au jour où l'assuré atteindra son 60^{ème} anniversaire.

2-Invalidité partielle

De même si au terme de la période d'incapacité temporaire ou postérieurement, l'assuré est reconnu atteint d'une invalidité permanente comprise entre 33% et 66%, il aura droit à une rente égale aux $N / 66^{\text{ème}}$ de la rente d'invalidité totale, «N» étant le nouveau taux d'invalidité.

Aucune rente ne sera due lorsque le taux d'invalidité sera inférieur à 33%.

-G/ Maladie-Chirurgie-Maternité :

L'assureur rembourse dans les conditions définies en annexe des conditions particulières, les dépenses exposées par l'assuré et les personnes à charge pour les frais médicaux, les frais d'hospitalisation, les frais pharmaceutiques, les frais chirurgicaux et les soins dentaires, relatives à des maladies survenant après la date d'entrée en vigueur de la garantie ou l'expiration du délai d'attente tel que stipulé dans les conditions particulières.

Il est précisé que les prestations du contrat viendront, s'il y a lieu, en complément des prestations de même nature qui pourraient être versées à l'assuré par tout autre régime de prévoyance ou par contrat d'assurance antérieur au présent contrat, le

montant global des prestations perçues ne pouvant, en aucun cas, être supérieur à celui des dépenses réelles.

L'assuré a la faculté de s'adresser au praticien ou à l'établissement clinique de son choix.

ARTICLE 13 : REGLES GENERALES REGISSANT LA GARANTIE MALADIE :

L'assureur rembourse les frais exposés jusqu'à concurrence des maxima fixés en annexe des conditions particulières selon l'option choisie par le souscripteur.

Les prestations pour actes médicaux, chirurgicaux, de spécialité et codifiés en lettres clés sont décomptées sur la base de la nomenclature générale des actes professionnels en vigueur, à raison de la somme obtenue en multipliant le coefficient signalétique de l'acte par la valeur de la lettre-clé figurant au tableau des prestations annexé au présent contrat.

Dans les limites prévues aux conditions particulières, l'assureur rembourse :

1/ Les Frais Médicaux :

- Consultations et visites de médecins omnipraticiens
- Consultations et visites de spécialistes ;
- Consultations et visites de professeurs : le nombre de consultations ou de visites, étant dans ce dernier cas limité à deux par spécialité et par an.
- Les actes médicaux courants dans les conditions prévues à la nomenclature des actes professionnels.

2/ Frais Pharmaceutiques et Fournitures :

- Le remboursement est limité aux médicaments prescrits par le médecin suivant ordonnance et à conditions que la vente ait été effectuée par un pharmacien diplômé ou par une personne autorisée légalement à faire de la pharmacie, et que l'ordonnance tarifée soit accompagnée des vignettes de contrôle prévues réglementairement.

Les renouvellements d'ordonnances ne sont pris en charge que s'ils sont également prescrits par le médecin traitant, la même ordonnance ne pouvant compter que deux renouvellements.

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- Les produits alimentaires et de régime ou de remplacement, les fortifiants, (les vins, les eaux minérales, le café décaféine, les produits similaires).
- Les produits d'allaitement ou de nutrition infantile (Nestlé, Guigoz, Blédine, les produits similaires).
- Les objets à usage médical (thermomètre, seringue, vessie bac et poire à lavement, inhalateur, irrigateur, sonde, coton, compresse, stérilisants, désinfectants, sanilias, perfuseur, microfuseur, les produits similaires).
- Les produits d'hygiène et de beauté ;
- Les produits contraceptifs.

3/ Maternité :

En cas de maternité de l'une des bénéficiaires, l'assuré recevra en remboursement des frais occasionnés par l'accouchement l'indemnité forfaitaire stipulée au tableau des prestations et ceci, sur présentation de l'acte de naissance de l'enfant ou du certificat de décès en cas de mort-né.

Ce versement forfaitaire exclut le remboursement de tous autres frais imputables à l'accouchement ainsi que l'indemnité prévue en cas d'incapacité de travail, durant les 60 jours qui suivent la date d'accouchement. Si l'accouchement donne lieu à une intervention chirurgicale, l'assuré a le choix entre l'indemnité forfaitaire et le remboursement des frais décomptés conformément au tableau des prestations.

Les fausses couches sont traitées comme des maladies ordinaires sauf si elles sont volontairement provoquées, auquel cas, elles ne donnent lieu à aucun remboursement. La preuve du caractère provoqué des fausses couches incombe à l'assureur.

Il est précisé que l'indemnité forfaitaire de maternité stipulée ci-dessus n'est due que si la période séparant la date de l'accouchement de la date de l'affiliation à l'assurance est au moins égale à 10 mois.

Dans le cas contraire, le montant de l'indemnité n'est dû que partiellement, au prorata temporis, et ce à raison de 1/10^{ème} de l'indemnité pour chaque mois entier d'affiliation précédant la date d'accouchement.

4/ Les Frais d'hospitalisation Médicale :

Le séjour à l'hôpital ou en clinique, ainsi que dans un sanatorium ou un préventorium après accord préalable du médecin-conseil de l'assureur est remboursé selon le barème prévu dans les conditions particulières, englobant toutes les dépenses concourant directement ou indirectement au traitement, sauf :

- Les actes de radiologie et de laboratoire ainsi que de neuropsychiatrie qui sont remboursés dans les conditions prévues au paragraphe 1.
- Les frais de pharmacie qui sont remboursés conformément au pourcentage stipulé au tableau des prestations figurant aux conditions particulières, et du plafond annuel de remboursement ;
- Les frais de séjour en sanatorium sont garantis en cas de tuberculose confirmée bactériologiquement et radiologiquement ;

La garantie s'applique également aux frais de séjour du malade dans un préventorium à condition que l'assuré présente pour la première fois des symptômes de pré-tuberculose nettement caractérisés (perte de poids, cutiréaction positive, signes anormaux tels que ganglions calcifiés, extension des arborisations hilaires, tramite).

La garantie du séjour en sanatorium et préventorium ne joue qu'après approbation du médecin contrôleur de l'assureur auquel une demande doit être préalablement soumise.

En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, de sanatorium et de préventorium, sont exclus du remboursement, les suppléments, n'ayant pas un caractère médical (téléphone, pourboire, et dépenses similaires).

5/ Frais chirurgicaux et hospitalisation (suite intervention chirurgicale) :

a) En ce qui concerne les frais d'opération :

Le remboursement pour :

- Actes du chirurgien et de son assistant ;
- Actes d'anesthésiologie ;
- Frais de salle d'opération ;

est limité à la somme obtenue en multipliant le coefficient de la Nomenclature générale des Actes Professionnels par la valeur de la lettre clé prévue en Annexe des Conditions Particulières.

b) En ce qui concerne les frais d'hospitalisation :

Le remboursement pour :

- Frais de pension et de garde ;
- Frais de pansements ;

Il est effectué selon un montant journalier forfaitaire fixé en Annexe des conditions particulières.

Ne donnent pas lieu à remboursement, les opérations n'ayant qu'un but esthétique ou dites de rajeunissement, ainsi que celles ayant pour but de remédier à une **infirmité** ou malformation acquise avant l'adhésion au présent contrat, ou congénitale.

6/ Traitement Spéciaux :

Les traitements spéciaux (radiothérapie, curiethérapie, actes de radiologie et de laboratoire) doivent être prescrits par le médecin traitant, faire l'objet d'un certificat médical détaillé et être acceptés par le médecin –conseil de l'assureur, sont remboursés conformément aux conditions prévues au tableau des prestations en annexe.

Ne sont pas considérés comme traitements spéciaux et comme tels ne donnent pas lieu à remboursement.

- Les massages, les séances de rééducation, de diathermie d'hydrothérapie, sauf ceux nécessités par les conséquences motrices d'accident ou de maladie entraînant la perte des mouvements.
- La gymnastique corrective ;
- Les soins dispensés par les pédicures et manucures.

7/ Soins et prothèses dentaires :

Sont garantis, les frais engagés au titre des soins dentaires, à l'exclusion toutefois, des examens préventifs et des soins prophylactiques, des soins à caractère esthétique et ceux relatifs aux malformations congénitales ou acquises. Pour la prothèse dentaire, l'usage de métal précieux (or, platine, et produits similaires) et pose d'implants dentaires n'est pas remboursé par l'assureur.

Sont limitativement garanties :

- Les extractions
- Les opérations sur maxillaires ;
- Les opérations sur parties molles ;
- Les anesthésies et radiographies se rapportant à des actes compris dans la catégorie ci-dessus.
- Les obturations.

8/ Transport du malade :

Sont seuls remboursés les frais de transport de l'assuré malade ou accidenté, effectué d'urgence et sur l'ordre du médecin traitant, en ambulance, depuis le domicile de l'assuré jusqu'à l'établissement hospitalier le plus proche.

Sont exclus les frais de transport pour consultation examen radiologique ou traitement spécial.

9/ Orthopédie- Prothèse – Analyse :

Sont seuls couverts les frais d'acquisition du premier appareillage de prothèse et d'orthopédie à l'exclusion de tout renouvellement et sur ordonnance médicale.

Les frais d'analyse d'orthopédie et de prothèse remboursés conformément au tableau des remboursements prévus en Annexe des conditions particulières.

10/ Optique :

L'assureur ne prend en charge que les frais de la première monture. En ce qui concerne les verres les renouvellements ne seront remboursés qu'en cas de modification dans l'acuité visuelle du prestataire. Ne sont pris en charge que les verres blancs.

Il est, en outre, précisé que la prise en charge des frais d'optique est impérativement subordonnée à un délai d'attente de 6 mois.

ACCORD PRELABI DE LA COMPAGNIE

Il est expressément convenu que les appareils optiques orthopédiques et de prothèse tels que lunettes, bandages herniaires membres artificiels, ne donnent lieu à remboursement que s'ils ont été acceptés par l'assureur sur présentation d'un devis estimatif, qui signifiera son acceptation par lettre après vérification ou contre-visite éventuelle et ce, dans un délai ne dépassant pas 2 mois.

Ces dispositions s'appliquent également à la prothèse dentaire.

ARTICLE 14 – LES RISQUES EXCLUS :

A/ GARANTIE DECES INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE :

L'assureur garantit tous les risques de mort quels qu'en soient les circonstances, la cause et le lieu, sauf les exceptions prévues par la loi et sous réserve des dispositions ci – après :

1- Suicide :

L'assurance en cas de décès est sans effet si l'assuré s'est volontairement suicidé. Cependant l'assureur est tenu de payer aux ayants droit une somme égale au montant de la provision mathématique. En cas de suicide inconscient de l'assuré, l'assureur est tenu de payer les sommes fixées au contrat. La preuve du suicide incombe à l'assureur, celle de l'inconscience de l'assuré au bénéficiaire de l'assurance.

2- Risque de navigation aérienne :

L'assureur garantit, sans surprime ni avis préalable les risques de navigation aérienne courus par l'assuré, à la condition que le pilote et l'appareil soient munis des autorisations réglementaires, le pilote pouvant être l'assuré lui-même.

Il est précisé que les vols d'apprentissage sont couverts sans surprime.

Par contre, les risques de parachutage (sauf le cas de force majeure) ne sont pas garantis.

Est également exclus la participation active à des meetings, essais de réception raids ou vols à caractère professionnel.

3 – Risque de guerre :

En cas de guerre, la garantie du présent contrat n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

B/ GARANTIE DECES ACCIDENTEL :

1- Tous les risques de mort sont couverts sous réserve des dispositions du paragraphe 2 de l'article précédent, étant toutefois précisé que le décès résultant de maladie, quelles qu'en soient la nature ou l'origine, n'est pas couvert au titre de cette garantie complémentaire.

2- Sont exclus les conséquences des frais suivants :

- Accidents et maladies causés intentionnellement par l'assuré ou qui résultent de tentatives de suicide ;
- Ivresse de l'assuré ou abus par lui de stupéfiant non ordonnés médicalement ;
- Guerre étrangère ou civile
- Emeutes et rixes (sauf le cas de légitime défense telle que définie par l'article 39 du code Pénal et celui de l'accomplissement du devoir professionnel) ;
- Participation de l'assuré en tant que concurrent à des compétitions sportives matches et concours ou à leurs essais préparatoires lorsque ces compétitions, matches, concours ou essais comportant l'utilisation soit d'animaux, soit de véhicules ou d'embarcation à moteur.

C/ GARANTIE INCAPACITE – MALADIE PERMANENTE :

- Tous les risques de maladies ou d'accidents sont garantis sous réserves des dispositions prévues à l'article 14.
- Il est, en outre, précisé que la garantie ne joue que dans les conditions suivantes en ce qui concerne :

1- Les voyages et séjours hors de la Tunisie

Si un assuré voyage ou séjourne hors de Tunisie, la garantie reste applicable. Toutefois seules les journées d'incapacité ou d'invalidité passées en Tunisie, après expiration du délai de carence fixé aux conditions particulières, ouvrent droit au paiement des prestations, étant précisé que délai de carence prévue au contrat commence à partir de la date d'arrêt du travail.

2- Maternité :

En cas de maternité, les assurées peuvent bénéficier d'indemnité journalière, si, pour des causes pathologiques, elles se trouvent en état d'incapacité de travail.

Il est alors déduit de la durée d'incapacité de travail, en sus de la période de franchise, leur congé légal de maternité.

D/ GARANTIE MALADIE – CHIRURGIE – MATERNITE :

Outre les exclusions prévues par l'article 14 et les restrictions de l'article 13, sont également exclus :

- Les soins donnés ou prescrits par tout praticien qui n'est pas notoirement habilité à exercer sa profession ;
- Les soins, examens radiologiques, biologiques, interventions chirurgicales et traitements ayant pour objet de guérir ou de corriger, dans un but esthétique ou non, les malformations anomalies congénitales acquises (notamment la stérilité), infirmité et toute autre affection connue au moment de l'admission de la personne qui en est atteinte ;
- Les visites de contrôle au pré-nuptiales ;
- Les cures thermales et les frais de séjour en maison de repos ou de convalescence, les cures de rajeunissement, amaigrissement, d'engraissement) ;
- Les soins non causés directement par des maladies ou des accidents ;
- Les frais de traitement par psychanalyse ;
- Les soins non engagés à l'intérieur des frontières de la Tunisie.

ARTICLE 15 – LE PAIEMENT DES SOMMES ASSUREES :

A/ EN CAS DE DECES OU INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

Le décès d'un assuré doit être notifié à l'assureur par le souscripteur ou par les ayants droit dans le délai de 5 jours. Le paiement des sommes dues est effectué dans les quinze jours suivant la remise des pièces justificatives nécessaires au règlement, lesquels comprennent notamment :

- Le certificat d'affiliation à l'Assurance Groupe qui a été délivré par l'assureur dès l'adhésion de l'assuré ;
- Une expédition de l'Acte Notarial de jugement de décès de l'assuré ;
- Un certificat médical constatant le genre de maladie ou d'accident auquel il a succombé ;
- Toute preuve, le cas échéant, que le décès est accidentel ;
- Une déclaration de la contractante attestant que l'assuré était toujours à son service lors du décès ou de l'arrêt de travail et indiquant le montant des rémunérations perçues et ayant donné lieu à cotisation au cours des quatre trimestres civils ayant précédé celui au cours duquel le décès ou l'arrêt de travail s'est produit ;
- Eventuellement ; les pièces permettant la justification des charges de famille.

S'il y a pluralité de bénéficiaires, le paiement des sommes dues est indivisible à l'égard de l'assureur qui règle sur quittance signée conjointement par les intéressés.

En cas d'invalidité absolue et définitive, le capital est réglé conformément à l'article 12 du présent contrat.

B/ EN CAS D'INCAPACITE OU D'INVALIDITE :

En cas de maladie ou d'accident non exclus et entraînant une incapacité de travail ou une invalidité, le Souscripteur ou à défaut l'assuré doit en faire la déclaration à l'assureur par lettre recommandée. Cette déclaration doit être accompagnée :

a/ d'un certificat médical, précisant la date d'arrêt du travail et la durée probable de l'incapacité ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident ;
Si l'incapacité dure encore au-delà de la date prévue pour la reprise au travail, un nouveau certificat médical devra être fourni indiquant la durée probable du nouvel arrêt de travail.

Ces formalités seront renouvelées chaque fois que l'incapacité se prolongera au-delà de la date prévue pour la reprise du travail.

b/ d'une attestation de versement des prestations en espèces de la Sécurité Sociale ;

c/ d'une déclaration du souscripteur indiquant le montant des rémunérations perçues et ayant donné lieu à cotisation au cours duquel est intervenu l'arrêt de travail et attestant que l'assuré était toujours à son service à cette date.

C/ EN CAS DE MALADIE :

En cas de maladie ou d'accident ouvrant pour l'assuré le droit à un remboursement, cet assuré est tenu de remettre à l'assureur par l'intermédiaire de son employeur, dans les quinze jours qui suivent la première visite du médecin, les notes d'honoraires ou de frais, les ordonnances acquittées et datées sur lesquelles auront été collées les vignettes figurant sur l'emballage des médicaments et une déclaration du modèle établi comportant :

- 1- Son numéro d'inscription figurant sur le certificat ;
- 2- Ses noms prénoms et son adresse ;
- 3- Les noms prénoms et date de naissance de la personne soignée ;
- 4- La nature de la maladie ou les circonstances et effets de l'accident, ainsi que la nature et la date des visites ou soins donnés ;
- 5- Le nom et l'adresse du médecin traitant ou de l'établissement hospitalier ;
- 6- La situation de l'assuré par rapport à tout autre régime de prévoyance ;

Toutes notes d'honoraires, ordonnances et certificats remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur.

ARTICLE 16- DELAI DE DECLARATION DES SINISTRES :

Sauf cas de force majeure ou cas fortuit, les accidents ou maladies non déclarés dans un délai minimum d'un mois à la compagnie par le souscripteur ou à défaut par l'assuré, ne donneront pas lieu aux paiements prévus ci-dessus. Le début de ce délai est fixé au jour de la survenance, en cas d'accident, et à la date de la première visite du médecin traitant, en cas de maladie.

Il demeure entendu que ce délai n'est pas applicable pour la garantie décès.

ARTICLE 17-CONTROLE –ARBITRAGE DES LITIGES :

A toute époque, les médecins, agents et délégués de l'Assureur doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement des prestations en cours, un libre accès auprès de l'Assuré en état de maladie, d'incapacité temporaire, ou d'invalidité (permanente ou absolue et définitive) afin de pouvoir constater son état. Le contrôle continue de s'exercer même après la résiliation de l'adhésion par le souscripteur.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et médecin de l'Assureur soit sur l'état d'incapacité temporaire complète de travail, soit sur l'état d'invalidité permanente ou absolue et définitive, les parties choisiront un troisième médecin pour les départager et, faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Président du Tribunal de 1^{ère} instance du domicile de l'Assureur.

L'avis du troisième médecin sera obligatoirement pour l'Assuré et l'Assureur. Chaque partie paiera les honoraires de ce médecin et supportera par moitié les honoraires du troisième ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination.

Tant que cette expertise médicale n'aura pas été faite, les parties s'interdiront d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

L'ASSUREUR

LE SOUSCRIPTEUR