

CONDITIONS GÉNÉRALES

MJM Santé+

Codification : 20.2.12



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification



Ensemble, pour la vie

www.macirvie.com

SOMMAIRE

Article 1 • OBJET DE LA GARANTIE	4
Article 2 • CONDITIONS DE SOUSCRIPTION	4
Article 3 • CAPITAL ASSURÉ	4
Article 4 • DÉLAIS DE CARENCE	4
Article 5 • EXCLUSIONS	4
Article 6 • VERSEMENT DE LA PRESTATION	5
Article 7 • SORTIE DE L'ASSURANCE	5
Article 8 • DÉCLARATION DU SINISTRE	5
Article 9 • PRIME	5
Article 10 • DÉFAUT DE PAIEMENT DE PRIME	6
Article 11 • ARBITRAGE	6
ANNEXES •	7

CONDITIONS GÉNÉRALES

Le présent contrat est régi par l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995, modifiée et complétée par la loi n° 06 04 du 20 Février 2006, ainsi que par les conditions générales et particulières qui suivent.

Article 1 OBJET DE LA GARANTIE

La garantie MyM Santé+ en additionnel a pour objet le versement à l'assuré d'une somme forfaitaire payée par anticipation équivalente à un pourcentage du capital décès défini dans les conditions particulières, dans le cas où l'assuré contracte, pendant la période de couverture, l'une de ces maladies suivantes, telles que définies dans l'annexe 1 ci-dessous : **cancer avec un pronostic vital, accident cérébro-vasculaire, maladies des artères coronaires, infarctus du myocarde, greffe d'organe, insuffisance rénale terminale, sclérose en plaques, dystrophie musculaire, parkinson, tumeur bénigne du cerveau, insuffisance terminale du foie, perte totale de la vue.**

Il sera procédé au paiement d'un seul capital Maladies Redoutées, que différents événements (maladies ou interventions chirurgicales) couverts interviennent successivement ou simultanément.

Le paiement du capital garanti suite à une Maladie Redoutée met fin à la garantie MyM Santé+.

Article 2 CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

- La souscription de la garantie MyM Santé+ se fait aux conditions ci-après
- Adhésion obligatoire pour tous les membres du personnel,
 - Tout nouveau membre du personnel bénéficie de la présente garantie, à la date effective de sa prise de fonction,
 - L'âge minimum à la souscription est de 18 ans et l'âge maximum à la souscription est de 64 ans,
 - La garantie MyM Santé+ prendra fin au plus tard au 65ème anniversaire de l'assuré.
 - **Une sélection médicale peut être demandée,**
 - Une déclaration d'être effectivement au travail est effectuée par l'employeur,
 - Règlement annuel et d'avance de la prime y afférente, nonobstant les modalités de règlement de la prime des autres garanties, sauf convention contraire.

Article 3 CAPITAL ASSURÉ

La somme assurée sera laissée au choix du proposant lors de la souscription.

Elle ne pourra toutefois excéder 20 % du capital prévu pour la garantie de base Décès toutes causes.

Le capital maximum assuré au titre de la garantie MyM Santé+ sera limité à 4 000 000 DA par assuré, au cumul des contrats collectives émis par l'assureur et couvrant le même assuré.

Le versement du capital en cas de Maladies Redoutées réduit le montant de la garantie de base (Décès – IAD).

Article 4 DÉLAIS DE CARENCE

Un délai de carence est d'application à la 1ère souscription. On entend par délai de carence, la période suivant la souscription durant laquelle l'assuré n'est pas couvert. Ce délai est fixé à 90 jours, sauf convention contraire.

Le délai de carence ne s'applique pas si la maladie redoutée a une origine accidentelle.

Article 5 EXCLUSIONS

Sont spécifiquement exclus de la garantie MyM Santé+ :

5.1 - Exclusions générales

- Les conséquences de l'usage d'alcool ou de drogues ;
- Défaut de suivre les avis médicaux ;
- SIDA ou VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ;
- Les lésions qui sont le fait intentionnel de l'assuré, celui-ci étant sain d'esprit ou non ;
- Problèmes mentaux ou maladies du système nerveux ;

- Contamination nucléaire ;
- Maladies ou blessures corporelles reçues qui sont la conséquence de toute forme de guerre, guerre civile ou qui sont la conséquence d'une participation volontaire dans des actes de violence, incluant l'émeute, troubles civils, insurrection, terrorisme, ou usurpation du pouvoir ou tout acte équivalent à une telle participation ;
- Acte criminel ou frauduleux.

5.2 - Exclusions des conditions de pré existences :

- Aucune garantie n'est payable pour une maladie redoutée qui aurait été diagnostiquée antérieurement à la date d'entrée dans l'assurance.
- Les maladies redoutées du système cardio et cérébro-vasculaire suivantes sont traitées comme une seule, car elles sont liées : Infarctus du myocarde, pontage coronarien, angioplastie, transplantation du cœur et/ou accident cérébro-vasculaire. Si un assuré a une de ces conditions avant la date d'effet de la police, aucune garantie ne sera payable en cas de survenance pour une ou plus de ces maladies redoutées.
- Aucune garantie n'est payable pour une maladie redoutée pour laquelle l'assuré aurait reçu un traitement, ou aurait souffert de symptômes, ou aurait consulté ou aurait été conscient de l'existence au moment où antérieurement à son entrée dans l'assurance.

Article 6 VERSEMENT DE LA PRESTATION

Le montant de la prestation est payable uniquement si la personne assurée survit à une période de 28 jours (délai de survie) suivant immédiatement la date du diagnostic de la maladie couverte et, pour autant que le diagnostic demeure inchangé tout au long de cette période.

On entend par diagnostic la constatation clinique et para-clinique établie par un médecin habilité.

Article 7 PRESCRIPTION

La garantie MyM Santé+ prendra automatiquement fin lorsque l'un des événements suivants survient :

- La date à laquelle l'adhérent cesse d'appartenir à l'effectif assuré ;
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée ;
- La date de son 65e anniversaire de naissance ;
- La date de décès de l'assuré ;
- La date de versement du capital en cas de maladies redoutées,
- La date de résiliation par l'Assureur ou par le Souscripteur du contrat d'Assurance collective.

Article 8 ENTREE EN VIGUEUR

Tout sinistre Maladies Redoutées doit être déclaré par l'Assuré dans les 15 jours du diagnostic de la Maladie Redoutée ou, en cas d'Intervention Chirurgicale garantie, de sa sortie de l'Hôpital.

L'Assuré s'engage à adresser à l'Assureur l'ensemble des justificatifs du sinistre dans les plus brefs délais.

L'Assureur se réserve la possibilité de demander à l'Assuré tout justificatif qui pourrait lui être nécessaire ou de faire expertiser l'état de santé de l'Assuré par un médecin de son choix à la date de sortie de l'assurance.

Article 9 DÉFAUT DE PAIEMENT

Les primes ou provisions dues au titre des garanties du présent contrat sont payables annuellement d'avance, sauf dérogation aux conditions particulières.

Article 10 DÉFAUT DE PAIEMENT DE PRIME

Conformément à l'article 16 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 Février 2006, à défaut de paiement d'une prime à son échéance, l'effet de l'assurance est suspendu de plein droit pour l'ensemble des assurés trente (30) jours après la mise en demeure prévue à l'article précité.

Dix (10) jours après l'expiration de ce délai, si la prime et les frais n'ont pas été acquittés, l'assureur a le droit de résilier le contrat en notifiant celle-ci au souscripteur par une lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de résiliation, l'ensemble des assurés cesse de bénéficier des garanties et sortent de l'assurance, à effet de la date de la première prime restée impayée.

Article 11 ARBITRAGE

En cas de difficulté sur l'application du contrat, les parties contractantes s'engagent à s'en rapporter à la décision rendue par deux arbitres choisis respectivement par chacune d'elles.

Au cas où, les deux arbitres ne pourraient pas se mettre d'accord sur la sentence à rendre, ils seraient tenus de choisir un tiers arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation, serait faite par le tribunal compétent, à la requête de la partie la plus diligente.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que la sentence arbitrale n'aura pas été rendue.

La décision du troisième arbitre est obligatoire pour les parties. Ses honoraires, et tous les frais relatifs à sa nomination sont supportés par moitié par chacune des parties.

ANNEXE 1 : DÉFINITIONS DES MALADIES COUVERTES

4.1. Cancer avec un pronostic vital

Définition du cancer :

Toute tumeur à développement anarchique qui franchit, sans les respecter, les limites de son tissu originel ainsi que les tissus avoisinant et qui peut propager à distance des métastases.

Les tumeurs hématopoïétiques, leucémies, lymphomes, maladie de Hodgkin, maladie de Kahler etc. entrent dans le cadre de cette définition, à l'exception de certaines formes spécifiques (cf. la section «exclusion»).

Les mélanomes malins entrent dans le cadre de cette définition, si la tumeur est classée pT2 ou plus selon la Classification Internationale TNM, soit respectivement un indice de Clark de niveau III, avec un indice de Breslow supérieur à 0,75 mm d'épaisseur verticale.

Seul l'examen anatomo-pathologique définitif permet d'affirmer la malignité d'une tumeur.

Seule la date de l'examen anatomo-pathologique définitif permet de déterminer la date du diagnostic.

Sont exclus de cette définition :

- Les tumeurs bénignes ou précancéreuses,
- Les tumeurs pré-invasives et les tumeurs dites « in situ » (Tis) * ou non invasives
- La dysplasie cervicale CIN I-III,
- Le carcinome de la vessie stade Ta *
- Le carcinome papillaire de la thyroïde et le carcinome folliculaire de la thyroïde, histologiquement diagnostiqués comme T1a * (tumeur 1 cm dans sa plus grande dimension) sauf en cas de présence d'envahissement locorégional et / ou de métastases à distance
- La leucémie lymphoïde chronique (LLC)
- Toutes tumeurs de la peau non mentionnées dans la section « Définition » ci-dessus
- Toutes tumeurs malignes associées à une infection par le VIH ou le SIDA
- Le cancer de la prostate histologiquement diagnostiqué comme T1 *

* Selon la classification internationale TNM

4.2. Accident cérébro-vasculaire

Tout épisode d'ischémie, par rupture ou par thrombose, d'une artère cérébrale aboutissant à des séquelles neurologiques permanentes. Les accidents ischémiques transitoires ne sont pas couverts.

La permanence du dommage neurologique doit être certifiée par un médecin neurologue qualifié, au plus tôt un mois après l'événement

4.3. Maladies des artères coronaires

Toute affection coronarienne nécessitant une intervention à thorax ouvert pour désobstruer ou contourner les artères coronaires rétrécies.

Un délai de carence de 60 jours, après la signature du contrat, sera appliqué.

4.4. Infarctus du Myocarde

Mort d'une portion variable du muscle cardiaque par anoxémie (ischémie totale).

Pour affirmer cette nécrose, il faut disposer :

1. de la confirmation par un cardiologue qualifié de la présence d'akinésie ou de dyskinesie lors de l'échocardiographie ou autre imagerie cardiaque reconnue, contemporaine,
2. et simultanément de la vérification d'au moins une des trois propositions suivantes:
 - 2.1 développement d'une onde pathologique Q au moins sur deux dérivations du tracé de l'électrocardiogramme (Q sup ou égal 0,04 ou Q sup 25% de l'amplitude de l'onde R)
 - 2.2 signes électrocardiographiques non spécifiques associés à des modifications significatives des marqueurs biochimiques (CPK-MB et troponine)
 - 2.3 symptomatologie récente d'infarctus du myocarde associée à des modifications significatives des marqueurs biochimiques (CPK-MB et troponine)

Sont également couverts les cas ne répondant que partiellement à la définition précédente si l'assuré a été traité soit par une thrombolyse intraveineuse, soit par une angioplastie d'une artère coronaire en urgence (les comptes rendus d'hospitalisation seront joints à la déclaration de sinistre) et que le

diagnostic a été confirmé par un cardiologue qualifié.

Un cardiologue qualifié doit affirmer le diagnostic selon les définitions mentionnées ci-dessus.

4.5. Greffe d'Organe

Toute transplantation, ou inscription sur une liste officielle d'attente de greffe d'organe (Cœur, Poumon, Rein, Foie, Pancréas). Les allogreffes de moelle hématopoïétique pour des affections non malignes sont couvertes.

4.6. Insuffisance Rénale terminale

Toute déficience irréversible et terminale de la fonction rénale nécessitant une dialyse extra corporelle ou une greffe de rein ou les deux successivement. La nécessité d'une dialyse continue doit être certifiée par un médecin néphrologue qualifié

4.7. Sclérose en plaques

Affection du système nerveux central évoluant par poussées. La démyélinisation progressive des neurones entraîne à plus ou moins long terme des troubles neurologiques permanents et invalidants.

Un médecin neurologue qualifié doit authentifier le diagnostic ainsi que les séquelles permanentes. Le score du patient sur l'échelle EDSS doit être supérieur ou égal à 5.

4.8. Dystrophie Musculaire

La dystrophie musculaire désigne des myopathies dégénératives d'origine génétique, caractérisées par une faiblesse et une atrophie des muscles sans aucune étiologie relevant du système nerveux (central ou périphérique).

Le diagnostic d'une dystrophie musculaire doit être confirmé par un neurologue qualifié et les sinistres seront admis uniquement si la maladie résulte en une incapacité à réaliser au moins trois des actes de la vie quotidienne (AVQ) sans assistance. Les AVQ sont : faire sa toilette, s'habiller, manger, se déplacer (se lever ou se coucher) d'un lit ou d'une chaise.

4.9. Parkinson

Maladie dégénérative d'une partie du cerveau (locus niger) qui entraîne une perte du neurotransmetteur appelé la dopamine.

Cliniquement elle se manifeste par :

- Une dyskinésie voire une akinésie
- Une hypertonie musculaire
- Un tremblement au repos.

L'infirmité qui en découle va en croissant. Un neurologue qualifié doit affirmer le diagnostic et établir la bilatéralité des symptômes ainsi que la nécessité d'un traitement spécifique.

Seule la maladie de Parkinson idiopathique est couverte.

4.10. Tumeur Bénigne du cerveau

Tumeur du cerveau non maligne menaçant la vie et inopérable.

L'existence de la tumeur et son inopérabilité doivent être confirmées par un neurologue qualifié.

Les kystes, les granulomes, les malformations vasculaires, les hématomes, les tumeurs de l'hypophyse et de la colonne vertébrale ne sont pas couvertes.

4.11. Insuffisance terminale du foie

Une maladie du foie en phase terminale, qui remplit toutes les conditions suivantes :

- Un ictère permanent
- Une hypertension portale décompensée
- Une encéphalopathie hépatique

L'insuffisance hépatique résultant de la consommation de drogue ou d'alcool n'est pas couverte.

4.12. Perte totale de la vue

Perte bilatérale, totale et irréversible de la vue, résultant d'une maladie ou d'un accident.

La cécité doit être certifiée par un ophtalmologiste qualifié.



MACIRVIE

Assurance vie · voyage · santé

43, Rue AMANI Belkacem, Paradou, Hydra, Alger

Tél.: +213 (0) 770 112 072 / 73

courrier@macirvie.com | www.macirvie.com



Scan me

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

