



**Conditions
Générales
Assurance Maladie
Complémentaire
Individuelle SEHASSUR**



Bases juridiques du contrat

Le présent contrat constitué des Conditions Générales, des Conditions Particulières et des bulletins individuels d'adhésion, est régi par la loi n°17-99 portant code des assurances et ses textes d'application.

Il est conclu entre :

- **Vous**, Souscripteur du contrat.

et

- **Nous**, Compagnie d'assurance et de réassurance AXA Assurance Maroc, société anonyme ayant son siège social à Casablanca, 120-122, avenue Hassan II, régie par la loi n°17-99 précitée.

Le présent contrat d'assurance est régi par la loi n° 17-99 portant code des assurances et ses textes d'application,

Le présent contrat d'assurance se compose :

- Des présentes Conditions Générales, comportant un lexique, la définition des garanties, les exclusions, les obligations réciproques, toutes les dispositions relatives à votre contrat, les clauses diverses ;
- Des Conditions Particulières qui précisent et complètent les Conditions Générales d'après les renseignements fournis au moment de la souscription.

Vos déclarations à la souscription ou au cours du contrat servent de base au présent contrat.

SOMMAIRE

Titre	Page
Bases juridiques du contrat	3
Définitions	5
Article 1 – Objet du contrat	6
Article 2 – Conditions de Souscription	6
Chapitre I – Les Garanties	6
Article 3 – Garantie « Décès toutes causes - Invalidité Absolue et Définitive »	6
3.1 – La garantie	6
3.2 – Les bénéficiaires de la garantie	6
3.3 – Cessation de la garantie	6
Article 4 – Garantie « Maladie – Maternité »	6
4.1 – La garantie	6
4.2 – Les bénéficiaires de la garantie	6
4.3 – Prestations et couvertures	6
4.4 – Cessation de la garantie	6
Article 5 – Garantie « Maladies redoutées »	7
5.1 – Objet de la garantie	7
5.2 – Définition des maladies redoutées	7
5.3 - Diagnostic	7
5.4 – Cessation de la garantie	7
Article 6 – Ce que nous ne garantissons pas	8
Chapitre II – Fonctionnement du contrat	9
Article 7 – Date d’effet et durée du contrat	9
Article 8 – Résiliation	9
Article 9 – Primes	10
Article 10 – Défaut de paiement des primes	10
Article 11 – Obligation de déclaration du souscripteur/assuré	10
Article 12 – Déclaration du sinistre et pièces à fournir	10
Article 13 - Modalités de règlement en cas d’Invalidité Absolue et Définitive	11
Chapitre III – Dispositions générales	11
Article 14 - Prescription	11
Article 15 -Taxes	11
Article 16 - Retrait d’agrément	11
Article 17 - Changement législatif et réglementaire	11
Article 18 – Protection des données à caractère personnel	11
Article 19 – Subrogation	12
Article 20 – Anti-blanchiment de capitaux et financement du terrorisme	12
Article 21 – Litiges	12
Article 22 – Réclamations	12

Définitions

Pour l'application du présent contrat, les termes s'entendent expressément et exclusivement par :

A

Assureur

AXA Assurance Maroc auprès de laquelle le contrat est conclu, société anonyme ayant son siège social à Casablanca, 120-122 avenue Hassan II, entreprise régie par la loi n°17-99 portant code des assurances et par ses textes d'application, et également désignée par le vocable « Compagnie ».

Assuré

Personne physique, prise en charge par le Souscripteur assuré, sur laquelle ou sur les intérêts de laquelle repose l'assurance.

Antériorité :

La couverture des dommages consécutifs à des actes posés avant leur entrée en vigueur.

B

Bénéficiaire désigné pour la garantie « Décès toutes causes »

La personne physique désignée par le Souscripteur assuré, aux conditions particulières, qui reçoit le capital dû par l'Assureur, et à défaut, les héritiers légaux.

C

Capital

Valeur déclarée au contrat et constituant la limite de l'engagement de l'Assureur.

F

Frais médicaux

Ensemble des frais de santé exposés par le Souscripteur assuré et/ou le Bénéficiaire et susceptibles d'être pris en charge par une assurance maladie.

Frais réels

Dépenses réellement engagées par l'assuré.

Invalidité Absolue et Définitive

Est considéré comme invalide absolu et définitif, tout assuré qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident, est atteint d'une incapacité physique permanente (IPP) d'un taux supérieur à 80% et est dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le taux d'IPP est fixé conformément au décret n°2-84-744 relatif au barème fonctionnel des incapacités.

Maladie

Une altération de la santé constatée par un médecin diplômé et autorisé à exercer.

P

Préavis de résiliation

Délai contractuel ou légal qui doit être respecté par la partie qui veut résilier le contrat d'assurance.

Prestations hors panier

Certains frais figurant dans la nomenclature générale des actes professionnels en vigueur, et n'ayant pas donné lieu à un remboursement par l'assurance maladie obligatoire, ouvrent droit à prestation lorsque mention en est faite expressément aux conditions particulières.

Prime

Somme due par le souscripteur d'un contrat d'assurance en contrepartie des garanties accordées par l'Assureur.

R

Résiliation

Cessation anticipée du présent contrat d'assurance à la demande de l'une ou l'autre des parties, ou de plein droit lorsqu'elle est prévue par la loi.

S

Sinistre

Survenance de l'événement prévu par le contrat d'assurance.

Souscripteur assuré

Personne physique qui contracte une assurance pour son propre compte ou pour le compte d'autrui et qui de ce fait, s'engage envers l'Assureur pour le paiement de la prime.

Article 1 – Objet du contrat

Le présent contrat d'assurance complémentaire individuelle a pour objet d'accord, conformément aux conditions stipulées aux présentes et au niveau des Conditions Particulières, les prestations dues au titre des garanties contractées par le Souscripteur assuré et détaillées comme suit :

- La garantie Décès toutes causes - Invalidité Absolue et Définitive ;
- La garantie Maladie - Maternité ;
- La Garantie Maladies Redoutées.

Le présent contrat est destiné aux assurés ayant déjà des droits ouverts au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire, dite « AMO » auprès de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale ci-après la « CNSS ».

Article 2 – Conditions de Souscription

Le présent contrat est ouvert à toute personne physique âgée de 60 ans au plus à la date de la souscription.

Chapitre I – Les Garanties

Article 3 – La garantie « Décès toutes causes - Invalidité Absolue et Définitive »

3.1 – La garantie

La présente garantie, principale pour le Souscripteur assuré, a pour objet de verser, dans la limite du capital assuré, et selon l'option choisie par le Souscripteur assuré, un capital indiqué aux Conditions Particulières. Ce capital est versé par l'assureur, (i) en cas de décès, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) aux Conditions Particulières, et à défaut aux héritiers légaux ; (ii) et en cas d'Invalidité Absolue et Définitive, au Souscripteur assuré lui-même, lorsque ces risques surviennent avant le terme du présent contrat.

La présente garantie, optionnelle pour l'Assuré, garantit également, le versement d'un capital selon l'option choisie aux Conditions Particulières. Ce capital est versé par l'assureur, (i) en cas de décès de l'Assuré, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) aux Conditions Particulières, et à défaut aux héritiers légaux ; (ii) et en cas d'invalidité Absolue et Définitive, à l'Assuré.

3.2 – Les bénéficiaires de la garantie

En cas de décès du Souscripteur assuré, les prestations dues au titre de la garantie « **Décès toutes causes** » sont servies au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) mentionnés dans les conditions Particulières, et à défaut, aux héritiers légaux.

En cas d'invalidité absolue et définitive de l'Assuré, les prestations dues au titre de cette garantie sont versées à l'Assuré lui-même.

3.3 – Cessation de la garantie

La garantie Décès toutes causes – Invalidité Absolue et Définitive cesse :

Pour le Souscripteur assuré :

- 1. Au cas où le souscripteur assuré décède ou est atteint d'Invalidité Absolue et Définitive ;**
- 2. Au cas où le souscripteur assuré atteint l'âge de 65 années pour la Garantie Invalidité Absolue et Définitive ;**
- 3. Au cas où le souscripteur assuré atteint l'âge de 70 années pour la Garantie Décès toutes causes ;**
- 4. En cas de résiliation du présent contrat.**

Sauf en cas de cessation de la garantie suite au décès ou d'invalidité absolue et définitive du souscripteur assuré, l'Assureur restitue au souscripteur assuré la portion de prime relative à la période pour laquelle le risque n'a pas couru. La cessation de la garantie en raison de la survenance de l'un ou l'autre des

événements ci-dessus met fin au présent contrat.

Pour le conjoint (lorsque la garantie est souscrite)

- 1. Le conjoint décède ou est atteint d'Invalidité Absolue et Définitive ;**
- 2. Le conjoint atteint l'âge de 65 années pour la Garantie Invalidité Absolue et Définitive ;**
- 3. Le conjoint atteint l'âge de 70 années pour la Garantie Décès toutes causes ;**
- 4. En cas de résiliation du présent contrat.**

Article 4 – Garantie « Maladie – Maternité »

4.1 – La garantie

La garantie prévoit le remboursement complémentaire des frais de santé conformément à la formule choisie par le Souscripteur assuré, mentionnée aux conditions particulières du contrat, pour les assurés qui disposent d'une couverture dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire de base auprès de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

Cette garantie intervient en complément de remboursement, n'excédant jamais les frais réels engagés, et déterminés selon le tarif et le plafond indiqués aux conditions particulières.

Les stipulations relatives à la base de remboursement de la garantie « Maladie-Maternité » sont indiquées aux Conditions Particulières.

Pour les prestations hors panier couvertes au niveau de la formule choisie dans les Conditions Particulières, l'assureur rembourse l'Assuré au premier dirham.

Le remboursement des frais de santé a un caractère indemnitaire. A cet effet, l'Assureur peut être subrogé dans les droits du bénéficiaire ou des ayants droit contre le tiers responsable, pour recouvrer les sommes engagées au titre du remboursement des frais de santé sus-mentionnés (article 66 de la loi 17-99 portant code des assurances).

L'antériorité ne concerne que la garantie « Maladie – Maternité ».

4.2 – Les bénéficiaires de la garantie

La présente garantie a pour objet le remboursement à l'assuré de tout ou partie des frais de santé d'ordre médical engagés en cas de maladie, d'accident ou de maternité frappant :

- Soit l'assuré lui-même ;
- Soit son conjoint ;
- Soit ses enfants célibataires à charge, de moins de 21 ans et de moins de 26 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études ou s'ils sont frappés d'une infirmité importante constatée médicalement les mettant dans l'impossibilité d'avoir une activité lucrative.

4.3 – Prestations et couvertures

Les prestations garanties doivent être explicitement prescrites par un médecin généraliste ou spécialiste. Elles sont détaillées dans les Conditions Particulières.

4.4 – Cessation de la garantie

La garantie Maladie – Maternité cesse :

- Pour Le Souscripteur assuré :

- 1. Au cas où l'Assuré décède ;**
- 2. En cas de résiliation du présent contrat ;**
- 3. En cas de blocage ou de fermeture des droits de l'assurance maladie obligatoire auprès de la CNSS ;**

- Pour les personnes à charge du souscripteur assuré :

En ce qui concerne les enfants à charge, à la fin de l'année en cours de laquelle ils atteignent leur 21^{ème} anniversaire ou s'ils poursuivent leurs études jusqu'à la fin de leur 25^{ème} anniversaire.

Article 5 – Garantie « Maladies Redoutées »

5.1 – Objet de la garantie

Il s'agit d'une garantie optionnelle, qui permet au souscripteur assuré, en cas de diagnostic de l'une des maladies couvertes, de bénéficier du versement d'un capital selon la formule choisie lors de la souscription du contrat.

Cette garantie n'est valable que pour les cas de survenance des maladies redoutées listées dans les Conditions Particulières, après acceptation, suite au renseignement du questionnaire médical, détaillé dans les Conditions Particulières. Aucun capital n'est versé pour les maladies antérieures.

Si le souscripteur assuré est diagnostiqué d'une maladie redoutée, il doit survivre au moins 14 jours après le diagnostic et/ou survivre pendant les durées minimales d'évaluation des maladies redoutées couvertes.

5.2– Définition des maladies redoutées

Cancer

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommé « **Cancer** » le premier diagnostic sans équivoque de toute tumeur maligne caractérisée par la croissance incontrôlée des cellules malignes et l'invasion des tissus. Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants sont exclus :

- Toutes les tumeurs qui sont classées histologiquement comme bénignes, carcinomes in situ, pré-malignes, non invasives, présentant une malignité limitée ou présentant un faible potentiel malin ;
- Les tumeurs traitées par endoscopie seule et les tumeurs de la vessie qui n'ont pas envahi la couche musculaire (Tis et Ta) ;
- Les tumeurs de la peau à l'exception du mélanome malin supérieur à 0,7 mm Breslow et / ou histologiquement décrit par la classification TNM AJCC septième édition supérieure au stade T1aN0M0 ;
- Toutes les tumeurs de la prostate, sauf si elles sont classées histologiquement comme ayant un score de Gleason supérieur à 6 ou ayant atteint au moins la classification clinique TNM T2N0M0 ;
- La tumeur thyroïdienne à un stade précoce, mesurant moins de 2 cm de diamètre et décrite histologiquement comme étant T1N0M0 d'après la classification TNM de la septième édition de l'AJCC ;
- La leucémie lymphoïde chronique, sauf si histologiquement classée comme ayant progressé au moins au stade Binet A.

Le diagnostic de la maladie doit être étayé par des preuves histologiques de malignité établies pendant la période de garantie et confirmé par un oncologue, un hématologue ou un anatomo-cytopathologiste.

Accident Vasculaire Cérébral

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommée « **AVC** » la nécrose du tissu cérébral causée par une hémorragie, une embolie ou une thrombose, entraînant un déficit neurologique permanent accompagné de symptômes cliniques persistants.

Il doit y avoir des anomalies claires et évidentes des fonctions sensorielles ou motrices lors de l'examen physique effectué par un neurologue. L'incident doit être démontré par une imagerie par résonance magnétique (IRM) ou une tomographie informatisée (CT).

Les éléments suivants sont exclus :

- Accident ischémique transitoire,
- Dommages aux tissus cérébraux causés par une blessure à la tête.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommée « **Crise cardiaque (infarctus du myocarde)** » la nécrose du muscle cardiaque due à un apport sanguin inadéquat ayant entraîné TOUS les signes d'infarctus aigu du myocarde suivants :

- Nouveaux changements ischémiques typiques dans l'électrocardiogramme : nouveaux changements de ST-T ou nouveau bloc de branche gauche ou nouvelles ondes Q pathologiques ;
- L'augmentation caractéristique des biomarqueurs cardiaques ou des troponines enregistrés aux niveaux suivants ou supérieurs :

▷ 1. Troponine T > 0,2 ng / ml

▷ 2. AccuTnl > 0,5 ng / ml

- Les résultats caractéristiques aux examens suivants :

▷ 1. Scintigraphie myocardique

▷ 2. Coronarographie ou coroscanner

Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants ne sont pas couverts :

- Autres syndromes coronariens aigus,
- Angine de poitrine sans infarctus du myocarde.

Insuffisance rénale (maladie rénale en phase terminale)

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommée « **Insuffisance rénale (maladie rénale en phase terminale)** » une insuffisance chronique irréversible des deux reins nécessitant une dialyse rénale permanente ou une transplantation rénale.

Sclérose en plaques

Le diagnostic de la « **Sclérose en Plaques** » doit être sans équivoque.

Il doit exister une altération clinique actuelle de la fonction motrice ou sensorielle, qui doit persister pendant une période continue d'au moins 6 mois.

Le diagnostic repose sur des techniques d'imagerie médicale, l'analyse du liquide céphalo-rachidien et les potentiels évoqués.

Insuffisance terminale du foie

L'insuffisance terminale du foie correspond à la phase pendant laquelle le foie ne fonctionne plus correctement. Elle est due à un trouble ou à une substance qui endommage le foie, en phase terminale.

Perte totale de la vue

Il s'agit d'une perte complète de la vue due à une affection du nerf optique ou à une altération de la rétine.

5.3 - Diagnostic

Le diagnostic doit être réalisé par un médecin spécialiste régulièrement enregistré à l'Ordre des Médecins, qui n'est ni l'Assuré ni un membre de sa famille directe.

Toute maladie diagnostiquée d'une autre manière est exclue du champ d'application de ce contrat.

Les conditions de prise en charge sont appréciées par le médecin conseil des assureurs, à partir des informations transmises. L'assureur se réserve le droit de demander tout document complémentaire nécessaire au diagnostic de la maladie.

Si l'une des maladies redoutées se déclenche pendant le délai de carence, aucun capital n'est versé.

5.4– Cessation de la garantie

La garantie « Maladies Redoutées » cesse :

1. En cas du décès du souscripteur assuré ;
2. En cas de résiliation du présent contrat ;
3. En cas de réalisation de l'une des maladies redoutées fixées dans les Conditions Particulières ;
4. Au cas où le souscripteur assuré atteint l'âge de 65 ans pour la garantie Maladies Redoutées.

Article 6 – Ce que nous ne garantissons pas

6.1 – Risques exclus de la garantie Décès – Invalidité Absolue et Définitive

Sans préjudice des dispositions de l'article 18 de la loi n° 17-99 précitée, l'Assureur garantit tous les risques de Décès et d'Invalidité Absolue et Définitive, sous réserve des exclusions ci-après :

- Le Décès consécutif à un suicide conscient et volontaire pendant les 2 premières années à compter de la première date d'effet du présent contrat ;
- Le Décès ou l'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré ou de son conjoint causés ou provoqués par la faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré ;
- Le Décès ou l'Invalidité Absolue et Définitive consécutifs à l'usage par l'assuré ou son conjoint d'abus d'alcool, de stupéfiants ou de produits toxiques non prescrits médicalement ;
- Le décès ou l'invalidité absolue et définitive résultant des maladies dont la constatation médicale est antérieure à la première date d'effet du présent contrat et les infirmités congénitales ou non et défauts corporels connus de l'Assuré ou son conjoint à la même date susvisée. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas dans le cas où cette maladie a été déclarée aux Conditions Particulières et/ou signalée dans le rapport de l'examen médical remis à l'assureur lors de la souscription, le cas échéant ;
- Le décès ou l'invalidité absolue et définitive résultant des suites et conséquences des accidents antérieurs à la date d'effet du contrat. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas dans le cas où l'accident a été déclaré dans les Conditions Particulières et/ou signalé dans le rapport de l'examen médical remis à l'assureur lors de la souscription, le cas échéant ;
- Le décès ou l'invalidité absolue et définitive résultant de la pratique professionnelle des sports réputés dangereux à savoir l'alpinisme, le bobsleigh, la plongée sous-marine, avec scaphandre ou de l'escalade lorsqu'elle s'effectue hors du contrôle d'un organisme agréé (avec licence et encadrement par des moniteurs), la spéléologie, le saut à l'élastique ;
- Le décès ou l'invalidité absolue et définitive résultant de la pratique, même occasionnelle des sports suivants sous toutes leurs formes : plongée subaquatique, saut à l'élastique, alpinisme, parachutisme, sports aéronautiques, tout sport aérien y compris le parachutisme, la pratique du deltaplane ou de l'ULM ou du parapente, sports de combats ou arts martiaux en général, compétitions sportives motorisées, vols aériens sur avions privés ;
- Le décès ou l'invalidité absolue et définitive résultant de la pratique professionnelle des exercices d'acrobatie ou d'équilibrisme ou des sports suivants : hockey sur glace, bobsleigh, skeleton, ski et tous autres sports d'hiver, ascension en montagne ou de glacier, chasse aux bêtes fauves, surfing, chasse sous-marine, polo, varappe, spéléologie avec ou sans plongée, boxe, jiu-jitsu, catch, judo, karaté, pancrace, ainsi que toute pratique des sports dans ou sur des engins à moteur ;
- Le décès ou l'invalidité absolue et définitive résultant d'un accident

de navigation aérienne ne sont couverts que si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil autorisé à voler, muni d'un certificat valable de navigabilité et piloté par un pilote titulaire d'une licence non périmée ; le pilote pouvant être l'Assuré lui-même, à condition que ce dernier se soit conformé aux règlements en vigueur ;

- Le décès ou l'invalidité absolue et définitive résultant de la pratique professionnelle des matches, paris, courses, concours, acrobaties aériennes, records, tentatives de records ou essais préparatoires, essais de réception, ainsi que les descentes en parachute que n'exigerait pas la situation critique de l'appareil ;
- Le décès ou l'invalidité absolue et définitive résultant d'actes de terrorisme, de sabotage ou d'actions concertées ;
- Le Décès et l'Invalidité Absolue et Définitive résultant d'une participation active à un duel, une rixe (sauf en cas de légitime défense) ;
- Le Décès et l'Invalidité Absolue et Définitive résultant de cataclysmes naturels tel que tremblement de terre, inondation, séisme, éruption volcanique, tsunami, mouvements de terrain, tempête, cyclone, orages, etc ;
- Le décès ou l'invalidité absolue et définitive résultant des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que des effets de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particule ;
- Le décès et l'invalidité absolue et définitive résultant des Evénements Nucléaires, Biologiques ou Chimiques ;
- Le décès ou l'invalidité absolue et définitive résultant directement ou indirectement dus ou liés à l'amiante ou tout matériau contenant de l'amiante sous quelque forme ou quelque quantité que ce soit ;
- Le Décès ou l'Invalidité Absolue et Définitive résultant de la guerre étrangère, la guerre civile, les émeutes ou les mouvements populaires. L'Assuré doit prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère ; il appartient à l'Assureur de prouver que le sinistre résulte de la guerre civile, d'émeutes ou de mouvements populaires (article 45 de la loi 17-99 portant code des assurances) ;
- Le Décès ou l'Invalidité Absolue et Définitive causé par une Epidémie ou une Pandémie ;
- Le contrat d'assurance cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné comme auteur ou complice du meurtre de l'assuré ou son conjoint.

5.2 – Risques exclus de la garantie Maladie – Maternité et la garantie maladies redoutées

Sans préjudice des dispositions de l'article 18 de la loi n° 17-99 précitée, l'Assureur garantit tous les risques de la garantie Maladie - Maternité, sous réserve des exclusions ci-après.

Ne donnent droit à aucun remboursement, sauf stipulations contraires aux conditions particulières :

- Les frais médicaux consécutifs à des accidents du travail ou des maladies professionnelles indemnisés comme tels ;
- Les frais de séjour (en dehors de ceux garantis à l'article précédent) tels que, notamment, aériums, colonies sanitaires ou de vacances, écoles de plein air, internats, pouponnières, maisons de repos, de convalescence ou de régime, en établissements psychiatriques pour la période qui excède les 30 jours par année civile ;
- Les frais de transport du malade en dehors du territoire du Maroc ;
- Les soins donnés par les guérisseurs et d'autres personnes non

diplômées, ou n'ayant pas le droit d'exercer la médecine dans le pays où se trouve l'adhérent au moment de sa maladie ou accident ;

► **Les maladies ou accidents :**

- résultant de guerres civiles ou étrangères, d'explosions d'engins de guerre, de mouvements populaires, d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotages commis dans le cadre d'actions concertées de terrorisme ou de sabotage, de rixes (sauf le cas de légitime défense) ;
- ou contractés pendant la durée du service ou de périodes militaires ;
- ou occasionnés par la désintégration du noyau atomique.

► **Les maladies ou accidents résultant :**

- du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ;
- résultant de tentatives de suicide ;
- résultant d'un état d'ivresse ou d'éthylisme, de l'usage de stupéfiants.

► **Les frais engagés à la suite d'un accident de navigation aérienne, sauf si l'adhérent se trouve à bord d'un appareil autorisé à voler par un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, le pilote pouvant être l'adhérent lui-même à condition qu'il se soit mis en conformité avec les règlements en vigueur ;**

► **Les traitements à but esthétique (soins de beauté, redressement nasal, etc ...), les cures d'engraissement, d'amaigrissement ou de rajeunissement, les traitements physiothérapiques tels que gymnastique corrective, (séances de rééducation ou de massage relatives à des insuffisances musculo-ligamentaires), la thalassothérapie, balnéothérapie et toutes autres thérapies prescrites à ces fins ;**

► **Les soins ou interventions ayant pour but de remédier à :**

- toutes maladies, infirmités ou malformations congénitales, sauf pour les enfants nés pendant la période de validité du contrat d'assurance ;
- toute forme de stérilité masculine ou féminine qu'elle soit primaire ou secondaire, ainsi que l'asthénie génitale de l'homme.

► **Les fausses couches pendant les 3 premiers mois de la grossesse, même accidentelles, sauf mentions contraires dans les conditions particulières ;**

► **Les bilans de santé (check-up) sans prescription médicale ;**

► **Les maladies résultant d'une épidémie ou d'une pandémie**

Chapitre II – Fonctionnement du contrat

Article 7 – Date d'effet et durée du contrat

Le présent contrat prend effet à compter de la date d'effet mentionnée aux Conditions Particulières.

Ce contrat arrive à échéance le 31 décembre suivant immédiatement sa date d'effet et est prorogeable tacitement chaque 1^{er} janvier pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant un préavis de 30 jours avant l'échéance anniversaire du contrat.

L'assureur avise le souscripteur assuré ou la personne en charge du paiement de la prime de la date d'échéance et du montant dont il est redevable relativement aux garanties « Décès – Invalidité Absolue et Définitive », « Maladie - Maternité » et « Maladies Redoutées » et ce, 45 jours au moins avant chaque échéance de prime.

Article 8 – Résiliation

Dans tous les cas où le Souscripteur assuré a la faculté de demander la résiliation, il peut la faire à son choix soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social de l'Assureur, soit par acte extrajudiciaire, soit par

lettre recommandée, soit par tout autre moyen qui serait, le cas échéant, indiqué dans les Conditions Particulières.

Dans les cas où l'Assureur a la faculté de demander la résiliation du contrat, il peut le faire, par lettre recommandée, au dernier domicile connu du souscripteur assuré.

Le présent contrat d'assurance est résilié ou peut l'être dans les cas ci-après :

8.1 Résiliation à la demande de l'Assureur :

► A l'expiration d'une période d'une année à compter de la date d'effet du contrat, moyennant un préavis de 60 jours (article 6 de la loi n° 17-99 précitée) ;

► En cas de déconfiture ou de liquidation judiciaire de l'Assuré (article 27 de la loi n° 17-99 précitée) ;

► Avant sinistre, en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (article 31 de la loi n°17-99 portant code des assurances).

Outre les cas de résiliation prévus ci-dessus, les garanties « **Invalidité absolue et définitive** », « **Maladie - Maternité** » et « **maladies redoutées** » peuvent être résiliées :

► En cas de non-paiement des primes relatives respectivement aux garanties « **Invalidité absolue et définitive** », « **Maladie - Maternité** » et « **maladies redoutées** » (articles 21,22 et 23 de la loi n°17-99 précitée) ;

► En cas d'aggravation des risques par le fait ou sans le fait de l'Assuré (article 24 de la loi n° 17-99 précitée).

Outre les cas de résiliation prévus ci-dessus, la garantie « **Décès toutes causes** » peut être résiliée à la demande de l'Assureur :

► En cas de non-paiement des primes pour la garantie « **Décès toutes causes** » (conformément à l'article 86 de la loi n° 17-99 précitée) la provision mathématique de ladite garantie est restituée à l'Assuré conformément à l'article 9 de l'arrêté n° 2240-04 relatif au contrat d'assurance.

8.2 Résiliation à la demande du Souscripteur assuré :

► A l'expiration d'une période d'une année à compter de la date d'effet du contrat, moyennant un préavis de 30 jours et ce, dans les conditions prévues à l'article 6 de la loi n° 17 -99 précitée ;

► En cas de résiliation après sinistre, par l'Assureur, d'un autre contrat de l'Assuré (Article 26 de la loi n° 17-99 précitée).

Outre les cas de résiliation prévus ci-dessus, les garanties « Maladie - Maternité », « Invalidité absolue et définitive » et « Maladies redoutées » peuvent être résiliées à l'initiative du Souscripteur :

► En cas de disparition de circonstances aggravant les risques mentionnés au contrat, si l'Assureur refusent de réduire la prime en conséquence (Article 25 de la loi n° 17-99 portant code des assurances) ;

8.3 Résiliation de plein droit :

► En cas de liquidation judiciaire de l'Assureur (articles 27 et 96 de la loi n° 17-99 précitée).

Outre le cas de résiliation prévu ci-dessus, les garanties « Invalidité Absolue et Définitive », « Maladie - Maternité » et « Maladies redoutées » peuvent être résiliées de plein droit :

► En cas de retrait des agréments relatifs aux garanties « Invalidité absolue et définitive », « Maladie - Maternité » et « Maladies redoutées » (article 267 de la loi n°17-99 précitée) ;

► En cas de disparition du risque assuré résultant d'un évènement non prévu par le Contrat (Article 46 de la loi n°17.99 précitée).

Dans tous les cas de résiliation, autres que les articles 21 et 86, au cours d'une période d'assurance, la portion de prime afférente à la période postérieure à la résiliation n'est pas acquise à l'Assureur. Elle doit être restituée, si elle a été perçue d'avance dans les conditions prévues par les articles 6, 24, 25, 26, 27, 31, 33, 46 et 267 de la loi n° 17-99 portant code des assurances.

Article 9 – Primes

Sauf clause contraire spécifiée aux conditions particulières, la prime est payable au domicile de l'Assureur ou du mandataire désigné par eux à cet effet.

Les primes sont déterminées selon les modalités prévues aux Conditions Particulières en fonction notamment de l'option choisie.

Elles sont payables par le souscripteur suivant les périodicités et modalités de paiement mentionnées aux Conditions Particulières.

Article 10 – Défaut de paiement des primes

Pour la garantie « Décès toutes causes »

Conformément aux dispositions de l'article 86 de la loi n°17-99 précitée, à défaut de paiement d'une prime ou fraction de prime dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur adresse au souscripteur du contrat une lettre recommandée l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 20 jours à compter de cet envoi, la garantie « Décès toutes causes » sera résiliée.

Pour les garanties « Invalidité absolue et définitive », « Maladie - Maternité » et « Maladies Redoutées »

Conformément aux dispositions de l'article 21 de la loi n°17-99, à défaut de paiement d'une prime ou d'une fraction de prime pour les garanties « invalidité absolue et définitive », « Maladie - Maternité » et « Maladies redoutées » dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur peut suspendre la garantie 20 jours après la mise en demeure du souscripteur assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement de l'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période restante de l'année d'assurance.

L'Assureur a le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 20 jours.

Article 11 – Obligations de déclaration du souscripteur/assuré

Le contrat est établi sur la foi des déclarations du souscripteur/assuré, qui doit, lors de la souscription du contrat répondre avec précision au questionnaire médical.

Ce questionnaire permet à l'Assureur une bonne appréciation des risques objet du présent Contrat. Les personnes assurées sont amenées à répondre auxdites questions, de façon complète et précise, sous peine des sanctions prévues aux articles 30 et 31 de la loi n° 17-99 portant code des assurances.

Conformément à l'article 30 de la loi n° 17-99 précitée et sous réserves des dispositions de l'article 94 de ladite loi, le présent contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part des personnes assurées quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le souscripteur/ Assuré a été sans influence sur le sinistre.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part des personnes assurées dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si ladite omission ou déclaration inexacte est constatée avant tout

sinistre, l'Assureur a le droit, soit de maintenir le contrat moyennant une augmentation de prime acceptée par le souscripteur assuré, soit de résilier le contrat 10 jours après notification adressée au souscripteur assuré par lettre recommandée.

Dans le cas où la constatation n'a eu lieu qu'après sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 12 – Déclaration du sinistre et pièces à fournir

L'Assureur s'engage à régler la prestation due au titre du contrat Assurance maladie Complémentaire Individuelle dans un délai maximum de 15 jours à compter de la date de réception des pièces justificatives requises mentionnées ci-après :

En cas de décès :

- Une copie des Conditions Particulières ou à défaut le numéro du Contrat ;
- Une copie de la carte d'identité de l'Assuré ou à défaut toute pièce justificative de son identité ;
- Un acte de Décès ou un extrait d'acte de Décès de l'Assuré précisant la date de naissance ;
- Un certificat médical constatant la nature et début de la maladie auquel l'Assuré a succombé ;
- Une copie du Procès-Verbal et / ou rapport d'autopsie établi par les autorités compétentes si le Décès est accidentel ou mort non naturelle ;
- Le certificat de vie du ou des bénéficiaires, ou des héritiers légaux ;
- Une copie de la carte d'identité des bénéficiaires ;
- Un acte d'hérédité ;
- Un acte de tutelle pour les enfants mineurs ;
- Carte d'identité du tuteur légal, le cas échéant ;
- Les attestations de RIB des bénéficiaires ;
- Toute autre pièce nécessaire à l'instruction et au traitement du dossier.

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive :

- Un rapport détaillé du médecin de l'Assuré attestant l'invalidité absolue et définitive et spécifiant notamment sa nature et la date des premiers symptômes de la maladie ou de la lésion cause de l'invalidité et le taux d'IPP > 80%;

L'Assureur se réserve, toutefois, le droit de se livrer à toute enquête et de soumettre l'Assuré à toute expertise médicale qu'il jugerait utile pour apprécier l'état d'invalidité ou pour contrôler cet état dans un délai de 30 jours à compter de la réception par l'Assureur du certificat médical fixant le taux d'invalidité de l'Assuré.

L'Assureur procède au règlement, en cas d'expertise médicale, dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception du rapport médical.

- Une copie des Conditions Particulières ou à défaut, le numéro du contrat ;
- Une copie de la carte d'identité de l'Assuré ou à défaut, toute pièce justificative de son identité.

Les divergences d'ordre médical sont réglées par arbitrage comme il est prévu à l'article 22 du présent contrat.

Pour la mise en jeu de la garantie « Invalidité Absolue et Définitive » :

L'Assuré doit donner avis à l'Assureur, dès qu'il en a eu connaissance, et au plus tard dans les cinq (5) jours de sa survenance, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'Assureur.

En cas de maladie :

Les délais de déclaration sont ceux exigés par l'organisme de Sécurité sociale.

L'original du dossier sera déposé par l'assuré à la CNSS. L'assureur réagit après réception du retour du régime de base dans un délai de 5 jours.

Si la CNSS rejette un dossier, le dossier sera également rejeté par le présent contrat pour les prestations couvertes, en étant aligné aux conditions du contrat.

Lorsqu'il s'agit d'une prise en charge :

La copie de la prise en charge de la CNSS ainsi que la copie originale de la facture des prestataires de soins en précisant le montant du ticket modérateur.

Dans les 2 cas, quel que soit le degré de notre couverture, l'assuré doit : Accepter, si l'assureur juge nécessaire, que le bénéficiaire se soumette à l'examen d'un médecin désigné à ses frais, qui pourra procéder à tout examen. Le malade peut exiger que son médecin traitant assiste à cet examen. Dans le cas de refus de présentation au contrôle médical, l'assureur se réserve le droit de suspendre le dossier.

La production de fausses informations ou de faux documents entraîne l'annulation de la garantie et l'exclusion du souscripteur du contrat. L'assureur se réserve la possibilité, en cas de règlement de prestations indues, d'en récupérer le montant soit auprès du souscripteur, par voie judiciaire si besoin est.

En cas de maladie redoutée :

- Un rapport détaillé du médecin de l'Assuré attestant la déclaration de la maladie redoutée telle que définie dans les conditions générales ;
- Les bilans radiologiques et biologiques justifiant la déclaration de la maladie redoutée ;
- Une CV peut être déclenchée si nécessaire ;
- Une copie des Conditions Particulières ou à défaut, le numéro du contrat ;
- Une copie de la carte d'identité de l'Assuré ou à défaut, toute pièce justificative de son identité ;
- Attestation de RIB de l'assuré.

Pour chaque premier diagnostic de **Maladies Redoutées** dont est atteint le souscripteur assuré, le déclenchement de la garantie ouvre droit au versement d'un capital mentionné dans les conditions particulières.

Les cas de récidive ou de rechute, c'est-à-dire lorsque le souscripteur assuré avait déjà été diagnostiqué précédemment pour la même « Maladie Grave », n'ouvrent pas droit au versement du « **capital diagnostic** ».

Article 13 - Modalités de règlement en cas d'Invalidité Absolue et Définitive

L'Assureur s'engage à régler le Bénéficiaire en cas d'invalidité Absolue et Définitive, à son siège social ou auprès de son mandataire dûment désigné à cet effet et ce au plus tard dans les 15 jours suivant la date de la réception au siège social, de l'ensemble des pièces, documents ou rapports nécessaires à l'instruction du dossier.

Notre médecin-conseil désigné aura libre et direct accès aux assurés pour constater son état d'Invalidité Absolue et Définitive après consolidation.

L'emploi ou la production intentionnelle de renseignements ou de documents inexacts ayant pour but de nous induire en erreur sur les circonstances ou les conséquences du Décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive par les assurés en cas d'invalidité Absolue et

Définitive ou par le bénéficiaire désigné en cas de décès entraîne la perte de tous droits à indemnité.

Chapitre III – Dispositions générales

Article 14 - Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 5 ans à compter de la date de survenance de l'événement qui y donne naissance dans les conditions fixées par les articles 36, 37 et 38 de la loi n°17-19 portant code des assurances.

Article 15 - Taxes

Tout impôt ou taxe, présents et futurs, applicables au contrat d'assurance dus à l'occasion de son exécution sont à la charge de l'assuré ou du (des) bénéficiaire(s).

Article 16 - Retrait d'agrément

En cas de retrait d'agrément accordé à l'Assureur relatifs à la garantie « Décès toutes causes », cette garantie demeure régie par ses Conditions Générales et Particulières jusqu'à la publication au bulletin officiel de la décision de l'Autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale qui en déterminera le sort et ce, conformément à l'article 267 de la loi n° 17-99 portant code des assurances.

En cas de retrait des agréments accordés à l'Assureur relatif à la garantie « invalidité absolue et définitive », la garantie « Maladie – Maternité » ainsi que la garantie « Maladies redoutées », ces garanties cessent de plein droit le 20^{ème} jour à midi, à compter de la publication au Bulletin officiel de la décision de l'Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale prononçant le retrait de l'agrément et ce, conformément aux dispositions de l'article 267 de la loi n° 17-99 portant code des assurances.

Article 17 - Changement législatif et réglementaire

En cas de changement de la législation ou de réglementation marocaine, l'Assureur se réserve le droit d'appliquer ces nouvelles dispositions au présent contrat.

L'Assuré sera informé de ces éventuels changements par lettre avenant dans les 30 jours précédents leur prise d'effet.

Article 18 – Protection des données à caractère personnel

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir lesdites informations.

Ces données pourraient être utilisées par la maison mère, ou toute autre filiale du Groupe AXA dans le cadre du processus et reporting intra-groupe nécessaires à la gestion et l'exécution du présent contrat (élaboration des statistiques, filtrage des clients par rapport aux listes de sanctions conformément aux obligations réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme).

Vos données seront communiquées à un prestataire étranger dans le cadre de l'opération de l'extraction automatique des données d'identité. Ce transfert a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la Commission nationale de contrôle de la protection des données à caractère personnel, sous le numéro T-GC-327/2021 en date du 14 octobre 2021.

L'assureur garantit notamment le respect de la loi n°09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition en s'adressant au : **servicereclamations@axa.ma**, ou par courrier à l'adresse suivante : **Service réclamation, AXA Assurance Maroc, 120 -122 Avenue Hassan II, 20 000, Casablanca.**

Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la Commission nationale de contrôle de la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-A-667/2020 en date du 24 novembre 2020.

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations.

Article 19 – Subrogation

En application des articles 66 de la loi n°17-99 portant code des assurances, l'assureur est subrogé à concurrence des prestations versées dans tous les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers responsables.

Article 20 – Anti-blanchiment de capitaux et financement du terrorisme

Le Souscripteur déclare être pleinement informé(e) qu'AXA Assurance Maroc en tant qu'entreprise d'assurance et de réassurance est soumise aux obligations légales en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. À ce titre, en vue de répondre à ses obligations légales, AXA Assurance Maroc met en oeuvre un dispositif interne de vigilance, de détection, de surveillance et de gestion des risques liés au blanchiment de capitaux aux fins de se conformer aux dispositions de la loi n°43-05 relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, telle que modifiée et complétée ainsi que ses textes d'application.

Article 21 – Litiges

Le présent contrat est régi par les dispositions du droit marocain.

Les Parties rechercheront, dans toute la mesure du possible, une solution amiable à tout litige ou différend qui pourrait survenir entre elles à l'occasion de l'exécution ou de l'interprétation de ses clauses. Dans le cas où aucune solution amiable ne pourrait être trouvée, les parties conviennent que tous les différends découlant du présent contrat et de ses suites seront tranchés par le Tribunal compétent.

Article 22 – Réclamations

Pour toute réclamation au titre du présent contrat, l'Assuré (ou le(s) Bénéficiaire(s)) peut s'adresser au service réclamation Clients par :

Courrier : AXA ASSURANCE MAROC, 120-122 avenue Hassan II Casablanca 20000, Maroc

Téléphone : +212 522 88 92 92

Email : servicereclamations@axa.ma

Votre intermédiaire AXA



Votre application **MyAXA Maroc**

Retrouvez vos services en téléchargeant
votre application **MyAXA Maroc** sur votre
téléphone ou tablette