

# **SYNDICAT DU PERSONNEL DE L'UNION INTERNATIONALE DES TELECOMMUNICATIONS (UIT)**

**Régime facultatif de santé en complément l'Assurance Mutuelle contre la maladie et les accidents du Personnel des Nations Unies - United Nations Staff Mutual Insurance Society against Sickness and Accident (UNSMIS).**

## **Notice d'information**

**En qualité de Fonctionnaire International membre du personnel l'Union Internationale des Télécommunications (UIT) ou d'anciens Fonctionnaires Internationaux (et exempté en ce sens des obligations d'affiliation au régime suisse de protection sociale) membre retraité de l'UIT ou membre de l'Association des Anciens Fonctionnaires de l'UIT, affilié au Syndicat du Personnel de l'UIT, vous pouvez bénéficier des garanties «santé » en complément du régime UNSMIS et sous condition d'être affilié à ce régime, souscrit par le Syndicat de l'UIT, auprès d'AWP Health & Life S.A. sous le N° 078921/501.**

**Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit de souscrire à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2020 sont définis dans la présente notice.**

## GENERALITES

## AFFILIATION

Peuvent souscrire les garanties définies à la présente notice les **membres du personnel de l'UIT de moins de 70 ans, les membres retraités de l'UIT, et les membres de l'Association des Anciens Fonctionnaires de l'UIT, ayant la qualité de Fonctionnaires Internationaux ou d'anciens Fonctionnaires Internationaux, affiliés au Syndicat, sous réserve qu'ils soient également affiliés au régime frais de santé de l'UNSMIS.**

Lors de la demande d'adhésion, l'Assureur, s'il le juge nécessaire, peut demander l'accomplissement de formalités médicales ou la production de toute information complémentaire.

L'Assureur se réserve le droit, au vu des documents et renseignements précités, de limiter les garanties ou de revoir le tarif indiqué dans la demande d'adhésion de l'Entreprise ou encore de refuser l'adhésion de l'Entreprise.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l'Assuré une fois admis, ne peut être exclu de l'Assurance contre son gré tant qu'il fait partie de la catégorie de personnel à assurer sous réserve des dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances.

## BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Les personnes suivantes peuvent bénéficier des garanties définies à la présente notice, sous réserve d'être affiliés au Syndicat du personnel de l'UIT :

- les membres du Personnel de l'UIT bénéficiant des garanties de l'UNSMIS de moins de 70 ans
- les membres retraités de l'UIT, bénéficiant des garanties de l'UNSMIS
- les membres de l'Association des Anciens Fonctionnaires de l'UIT
- les personnes à charge de l'Assuré bénéficiant des garanties de l'UNSMIS au sens du Règlement de l'UNSMIS
- les personnes spécialement protégées au sens du Règlement de l'UNSMIS (notamment article IV et Annexe IV de ce Règlement) bénéficiant des garanties de l'UNSMIS - il est toutefois précisé que les exclusions appliquées par l'UNSMIS seront également appliquées dans le cadre des garanties décrites à la présente notice et que les limitations de garanties appliquées par l'UNSMIS ne pourront pas avoir pour conséquence d'augmenter le montant des prestations au titre des garanties décrites à la présente notice.

**Ces personnes doivent, au moment de leur affiliation** remplir et signer une Demande Individuelle d'Affiliation incluant un questionnaire médical validé par le Médecin Conseil de l'Assureur. Un examen médical, aux frais de l'Assureur, peut être demandé.

Lorsque la Demande Individuelle d'Affiliation comporte un questionnaire d'état de santé, l'Assureur peut demander, si nécessaire, l'accomplissement de formalités médicales ou la production de toute information complémentaire.

L'Assureur se réserve la possibilité de subordonner leur acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire.

L'Assureur se réserve le droit, au vu des documents et renseignements précités, de limiter les garanties ou de revoir le tarif du contrat indiqué dans la demande d'adhésion ou encore de refuser l'adhésion de l'Adhérent.

Des données personnelles et / ou d'autres données sensibles sont nécessaires pour la souscription, l'administration et la gestion du présent contrat. Les personnes à charge et/ou les bénéficiaires tels que définis ci-dessus sont considérés comme des «Data Subjects» aux fins de l'application du Règlement sur la Protection des Données tel que défini au présent contrat ainsi que dans l'Annexe Déclaration de Confidentialité ci-jointe.

Les garanties cessent pour les ayants droit à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions définies ci-dessus.

Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjours en hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle le bénéficiaire appartient à la catégorie définie ci-dessus.

### EFFET DES GARANTIES

Les garanties sont effectives pour chaque membre du personnel qui prend la qualité d'Assuré aux dates suivantes :

- *personnel expatrié affilié lors de la prise d'effet du contrat,*
  - dès cette dernière date,
- *personnel expatrié affilié postérieurement à la date d'effet du contrat,*
  - à sa date d'entrée dans la catégorie de personnel à assurer si sa demande individuelle d'affiliation est reçue dans les quinze jours suivant cette dernière date,
  - à la date de réception de cette demande dans le cas contraire.

Les garanties au profit des membres de la famille prennent effet en même temps que celles en faveur de l'Assuré ou, postérieurement, dès que les intéressés remplissent les conditions telles qu'elles sont requises.

### DUREE DES GARANTIES

Une fois admis à l'Assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code des Assurances en cas de fausse déclaration, l'Assuré ne peut en être exclu tant qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier.

**Les garanties prennent fin en tout état de cause :**

**Pour chaque Assuré :**

- en cas de non-paiement des cotisations
- à la date à laquelle l'Assuré n'est plus adhérent au Syndicat du Personnel de l'UIT (le Souscripteur),
- dès que l'Assuré cesse d'appartenir à la catégorie de personnes à laquelle le présent contrat s'applique,
- dès que l'Assuré cesse d'être affilié à l'UNSMIS à condition que l'attestation de fin de droits soit adressée à l'Assureur sous deux (2) mois ; dans le cas contraire la résiliation prendra effet à la fin du mois au cours duquel la demande est reçue par l'Assureur.
- à la demande de l'Assuré, au 31 décembre de l'année en cours moyennant un préavis de trois (3) mois,

**Pour la totalité des Assurés:**

- à la date de résiliation du contrat d'Assurance.

En cas de suspension du contrat de travail pour toute autre raison que les congés payés annuels, une maladie, un accident ou une maternité, **les garanties sont elles-mêmes suspendues pendant la même période et avec les mêmes effets que leur cessation.**

**La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne simultanément, tant pour l'Assuré que pour les membres de sa famille s'ils étaient garantis, la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant ladite date.**

### **Renonciation**

L'Assuré dispose d'un droit à renonciation selon l'Article L.112-9 du Code des assurances, qui dispose : « Toute personne qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

L'Assuré peut renoncer à son Assurance pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à partir du moment où il est informé que le contrat est signé, en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à :

**AWP Health & Life S.A. - Relations Clients, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France**

L'Assureur lui remboursera alors, dans son intégralité, la somme qu'il a versée, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de sa lettre recommandée.

### **Modèle de lettre de renonciation**

*« Je soussigné M... demeurant au ... renonce à mon adhésion au contrat n°... souscrit par .... auprès d'AWP Health & Life S.A., conformément à l'article L.112-9 du Code des assurances.*

*J'atteste n'avoir eu connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis la date de conclusion du contrat.*

*Date...*

*Signature ».*

## **GARANTIES ET PRESTATIONS**

### **ZONE DE COUVERTURE**

Les prestations décrites à la présente notice sont garanties dans le monde entier.

## **GARANTIES**

La garantie consiste à rembourser les frais engagés par l'Assuré, en complément des prestations en nature de l'UNSMIS. A défaut de prise en charge par l'UNSMIS, aucune prestation ne peut être versée des garanties décrites à la présente notice sauf indication expresse contraire figurant dans la présente notice.

Les soins doivent être reconnus par les autorités médicales locales et prodigués par des praticiens exerçant dans le champ de leur agrément (en règle vis à vis des dispositions législatives, réglementaires ou autres concernant l'exercice de la profession dans le pays concerné).

Si le conjoint est salarié, il doit obligatoirement être lui-même affilié à l'UNSMIS pour bénéficier des prestations versées par l'Assureur sont complémentaires à celles de tout régime Frais de Santé dont il pourrait bénéficier personnellement.

Il est précisé qu'en cas d'hospitalisation, sont garantis les frais portant sur :

- l'hospitalisation médicale en établissement public ou privé,
- l'hospitalisation et l'intervention chirurgicales. Les actes dispensés sous anesthésie générale ou concernant la chirurgie des traumatismes et les actes de chirurgie effectués sous anesthésie locale sont réputés actes de chirurgie,
- les frais médicaux et paramédicaux annexes effectués dans le cadre d'une hospitalisation,
- le transport du malade.

Le transport est couvert, à l'intérieur d'un même pays, en cas d'hospitalisation entre la résidence du malade ou le lieu de l'accident et l'établissement hospitalier le plus proche situé dans le même pays.

Il est également couvert si l'état du malade nécessite son transfert ultérieur de l'établissement d'accueil vers un autre établissement le plus proche.

**Pour toute hospitalisation, une autorisation préalable de l'Assureur est requise, sauf en cas d'urgence telle que définie à la présente notice.**

**Dans les autres cas**, les garanties sont définies au tableau des garanties figurant à la présente notice. Les montants indiqués sont des maxima.

**Les frais médicaux doivent avoir été exposés pendant la période d'assurance**

#### **Déclaration des frais de santé**

L'imprimé de déclaration est fourni par l'Assureur/le Délégué et doit lui être adressé accompagné des pièces justificatives.

L'Assureur peut demander, toute autre pièce nécessaire à l'application de cette garantie.

Toute information fournie par l'Assuré ou l'une des personnes à sa charge qui s'avèrera erronée, falsifiée, exagérée ou encore tous agissements frauduleux ou dolosifs de leur part entraîneront la responsabilité directe de l'Assuré et la répétition des sommes indûment payées par l'Assureur sur la base de ces données incorrectes.

### **MONTANT DES PRESTATIONS**

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais dans la limite du raisonnable et de l'habituel et selon les modalités prévues par la présente notice. **Les montants de remboursement s'entendent sous déduction des prestations versées par l'UNSMIS et dans la limite des frais réels. A défaut de prise en charge par UNSMIS, aucune prestation n'est versée par l'assurance complémentaire, sauf mention expresse contraire de la présente notice.**

Le caractère raisonnable ou habituel est apprécié en fonction de la pratique médicale prévalant dans le pays où les soins sont dispensés (type de traitement, qualité des soins et des équipements, zone géographique et pays) et est soumis à des normes de codification et de tarification des actes et des traitements référencés ou nomenclaturés dans chaque pays.

Le caractère déraisonnable et inhabituel peut donc entraîner un refus de prise en charge ou une limitation du montant du remboursement.

## ACCEPTATION PREALABLE

Le remboursement des frais est subordonné à l'acceptation préalable de l'Assureur, à moins qu'il y ait eu urgence caractérisée, dans les cas énumérés ci-après :

- Frais liés à une hospitalisation,
- Hospitalisation à domicile,
- Rééducation faisant suite à une hospitalisation,
- IRM,
- Kinésithérapie, orthophonie et orthoptie,
- Médecines douces / alternatives telles que prises en charge au titre du présent contrat
- Prothèses médicales,
- Cures thermales,
- Prothèses dentaires,
- Orthodontie,

Sauf en cas d'urgence, chaque admission en hôpital doit être notifiée à l'Assureur au moins deux (2) semaines avant que l'admission ait effectivement eu lieu.

L'acceptation de l'Assureur est réputée obtenue s'il n'a pas répondu dans les cinq (5) jours ouvrés qui suivent la date de réception de la demande.

Dans l'hypothèse où la demande d'accord préalable n'a pas été effectuée et si par la suite le traitement s'avère médicalement nécessaire, et dans ce cas seulement, l'Assureur ne remboursera alors que 80% des dépenses hospitalières et 50% du montant exigible pour toute autre prestation du même ordre qui auraient dû être remboursées.

L'accord préalable n'est pas nécessaire en cas d'urgence telle que définie à la présente notice. Toutefois, il conviendra d'aviser l'Assureur/le Délégué dans les 48 heures ou dès que possible en cas de force majeure. Les dispositions relatives aux frais raisonnables et habituels dans le pays où les soins sont prodigués s'appliquent dans tous les cas.

## LIMITATION AUX FRAIS REELS

Conformément à l'Article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire au sens de la présente notice, peut obtenir une indemnisation complémentaire en adressant le détail du (des) remboursement(s) effectué(s) par le(s) autre(s) organisme(s).

Pour l'application des dispositions ci-dessus, la limitation au montant des frais restant à charge de l'Assuré est déterminée par l'Assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

Les prestations de l'assurance complémentaire santé sont établies par rapport aux prestations de l'Assurance Mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies (UNSMIS) et ne peuvent être versées qu'en complément aux prestations versées par UNSMIS, selon le plan de base et les conditions de prise en charge de l'UNSMIS.

A défaut de prise en charge par UNSMIS, aucune prestation n'est versée par l'assurance complémentaire.

Les plafonds et limites de l'assurance complémentaire santé constituent des maxima, même si l'UNSMIS décide de verser des prestations supplémentaires ou ex gratia.

## DELAIS D'ATTENTE

Le délai d'attente (ou délai de carence) est la période entre la date de prise d'effet de la couverture et le moment où l'Assuré peut commencer à bénéficier de certaines prestations.

Il est prévu un délai d'attente pour les prestations suivantes :

a) Délai d'attente de 12 (douze) mois pour la maternité et l'accouchement.

Toute grossesse débutant dans un délai de 12 mois à compter de la date d'affiliation n'est pas couverte, y compris les frais de naissance du bébé. Sont couverts les frais de grossesse, d'accouchement, y compris les frais de naissance du bébé, pour une grossesse débutant à partir du 13<sup>ème</sup> mois d'affiliation.

b) Délai d'attente de 24 (vingt-quatre) mois pour les traitements de stérilité, y compris la fécondation in vitro. Sont couverts les traitements de stérilité autorisés par l'assurance de base qui débutent à partir du 25<sup>ème</sup> mois d'affiliation. Le traitement de stérilité s'entend dès les premières investigations médicales pour déterminer une éventuelle stérilité ainsi que les traitements qui s'ensuivent pour aboutir à une grossesse.

c) Traitements psychologiques et psychiatriques : délai d'attente de 12 (douze) mois pour les adultes et de 6 (six) mois pour les enfants de la tranche d'âge 0-18 ans. Le délai s'applique selon la tranche d'âge à la date d'affiliation.

Dans tous les cas, le délai d'attente s'applique pour tout traitement ambulatoire ou hospitalier pour un état psychologique ou psychiatrique débutant après la date d'affiliation. Pour des traitements existants ou prévus lors de l'affiliation, l'assureur peut formuler une exclusion pour une période plus longue. S'agissant de ces traitements, l'assureur peut demander tout justificatif lui permettant de connaître la date de début de l'affection ou dudit traitement.

Il est toutefois précisé que pour les membres du personnel de l'UIT, les membres retraités de l'UIT et les membres de l'Association des Anciens Fonctionnaires de l'UIT ainsi que leurs ayants droit le cas échéant, qui étaient assurés au titre contrat HIC 011645/500 jusqu'au 31 décembre 2019 et sont affiliés au présent contrat à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, la période de couverture au titre du précédent contrat sera prise en compte pour l'application des délais d'attente ci-dessus.

## MEDECINE NATURELLE / ALTERNATIVE

Sont pris en charge au titre des garanties décrites à la présente notice, les frais de traitement ambulatoire non pris en charge par l'assurance UNSMIS limitativement énumérés dans le tableau des garanties, à hauteur de 90% dans la limite de CHF 1000 par année civile, aux conditions suivantes :

- la méthode thérapeutique est reconnue,
- le prestataire de soins est médecin ou figure sur la liste des thérapeutes reconnus selon la présente notice

### Thérapeutes reconnus au sens de la présente notice :

Les médecins qui pratiquent la médecine naturelle sont reconnus sans condition. Il en va de même pour les chiropraticiens et les physiothérapeutes, pour les affections qu'ils sont en mesure de traiter de par leur formation (ostéopathie, massage, drainage lymphatique, etc.).

- Les thérapeutes agréés par la Fondation pour la reconnaissance et le développement des thérapies alternatives et complémentaires ASCA, sont reconnus d'office. La liste des thérapeutes agréés par l'ASCA peut être consultée sur le site [www.asca.ch](http://www.asca.ch).

- Les membres des associations professionnelles suivantes sont également reconnus :
  - Association suisse des praticiens de médecine traditionnelle chinoise - Europe-Shanghai
  - SINOSWISS Praxis für Chinesische Medizin, Zug
  - NVS - APTN
  - Association suisse d'étiopathie
  - Fédération suisse des praticiens en médecine naturelle FSPN
  - Registre suisse des ostéopathes
  - Fédération suisse des homéopathes
  - Société suisse des physiothérapeutes diplômés en ostéopathie SSPDO
  - Schweizer Verband für Anthroposophische Kunsttherapie, Bern
  - Centres TOMATIS dans toute la Suisse
  - MediQi dans toute la Suisse
  - PST-thérapie (Pulsierende Signal Therapie)
  - Centres Chinamed (médecine traditionnelle chinoise) dans toute la Suisse
  - Association suisse FELDENKRAIS (ASF)
- Les thérapeutes exerçant en France, doivent être également agréés par l'ASCA et les associations professionnelles ci-dessus pour que la consultation puisse faire l'objet d'un remboursement au titre des garanties décrites à la présente notice. Les ostéopathes exerçant en France et qui sont membres du Registre français des ostéopathes avec un numéro ADELI sont considérés comme reconnus au titre de la présente notice.
- Dans tous les autres pays, nous recommandons aux assurés de se renseigner au préalable auprès de l'Assureur afin de vérifier que le thérapeute est reconnu selon les dispositions au titre des garanties décrites à la présente notice. En l'absence de reconnaissance préalable, le remboursement la prestation pourra être refusé.

Actes	Remboursements Allianz Care
HONORAIRES MEDICAUX	20%
HOSPITALISATION Honoraires médicaux Traitements ambulatoires en milieu hospitalier	20% 20%
<i>Interventions chirurgicales</i> Honoraires du chirurgien et des assistants Autres frais relatifs à la chirurgie (frais de salle d'opération, d'anesthésie, d'objets de pansement, etc.).	10% 10%



<i>Frais d'hospitalisation dans un établissement agréé</i> Hospitalisation en chambre commune (6 lits minimum) dans un établissement public	-
Hospitalisation forfaitaire incluant l'ensemble des frais y compris les honoraires de médecin (tels que mentionnés sous points 1 et 2), les frais de traitement et de séjour en chambre à 2 lits ou plus	10%
Hospitalisation en chambre semi-privée dans un établissement agréé par les autorités sanitaires compétentes du pays concerné	10%
Hospitalisation en chambre privée dans un établissement agréé par les autorités sanitaires compétentes du pays concerné	100% du montant à charge de l'assuré max CHF 500 par jour
Hospitalisation dans un établissement ne fournissant pas de prestations en chambre semi-privée, agréé par les autorités sanitaires compétentes du pays concerné	100% du montant à charge de l'assuré max CHF 500 par jour
Hôpital de jour à un tarif incluant l'ensemble des frais de séjour	10%

<p><i>Frais de convalescence post-hospitalière et/ou post-opératoire séjour, soins et traitement)</i></p> <p>Dans un établissement hospitalier ou semi-hospitalier</p> <p>Dans un établissement hospitalier ou semi-hospitalier au-delà de 30 jours de convalescence pour suite de traitement</p>	<p>Chambre semi-privée</p> <p>20% max. 30 jours</p> <p>20% max. CHF 15.-/jour</p>
<p><i>Hospitalisation de longue durée dans un établissement agréé par tes autorités sanitaires du pays concerné</i></p> <p>Pour toute prolongation de la durée d'hospitalisation (selon autorisation du médecin-conseil si le traitement n'est ni curatif ni palliatif) la couverture d'assurance est "duite progressivement selon le barème suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pendant 180 jours</li> <li>- pendant 180 jours</li> <li>- pendant une durée illimitée</li> </ul>	<p>Chambre semi-privée</p> <p>20% durant 365 jours</p> <p>20% max. CHF 45.-/jour</p> <p>20% max. CHF 30.-/jour</p> <p>20% max. CHF 15.-/jour</p>

<p><b>SOINS INFIRMIERS</b></p> <p>Soins infirmiers de courte durée</p>	<p>20% max. 30 jours</p>
<p>Soins infirmiers de longue durée à domicile ou en milieu médicalisé effectués par du personnel non affecté à l'établissement</p>	<p>20% max. CHF 15.-/jour</p>
<p><b>AIDE ET DEPENDANCE</b></p> <p>Frais de garde-malades et aides ménagères indispensables après maladie ou opération lorsque la convalescence ne nécessite pas l'hospitalisation</p> <p>Frais d'aides ménagères de longue durée</p>	<p>20% max. CHF 7.50/jour, 30 jours max.</p> <p>20% max. Fr. 37.50/mois</p>
<p><b>CURES ET DIETETIQUE</b></p> <p>Frais de cures dans un établissement agréé par les autorités sanitaires du pays concerné</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frais de traitement</li> <li>- Frais de séjour</li> </ul> <p>Ne sont pas admissibles au remboursement les frais suivants : cures de thalassothérapie, d'amaigrissement, biologiques</p>	<p>20% max. 21 jours</p> <p>3 séjours max sur 5 ans</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cures de désintoxication (alcool, drogue)</li> </ul> <p>Frais de séjour et/ou de traitement dans un établissement agréé par l'Assurance et pour une durée approuvée à l'avance par le médecin conseil.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement anti-tabac</li> </ul> <p>Après approbation du traitement et de sa durée par le médecin conseil</p>	<p>20% max. 3 cures</p> <p>20% max. 3 traitements</p>

<p><i>Traitements de l'obésité : selon l'IMC (Indice de Masse Corporelle) / BMI (Body Mass Index)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IMC / BMI &gt; 30 : traitement médical et séances de diététique effectuées par un diététicien agréé</li> <li>- IMC / BMI &gt; 35 : traitement médical en milieu hospitalier</li> <li>- IMC / BMI &gt; 40 : hospitalisation et traitements chirurgicaux</li> </ul> <p>(si perte de poids &gt; 50 kg, chirurgie reconstructive éventuellement prise en charge)</p>	<p>20% max. Fr. 17.50 par séance. Max. 10 séances</p> <p>20% (durée autorisée)</p> <p>Aux conditions des points 1 et 2</p>
<p>PHARMACIE (avec ordonnance d'un médecin)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pour des produits remboursables selon les normes des autorités sanitaires compétentes des pays concernés</li> <li>-Pour des vaccins recommandés sur prescription médicale</li> <li>-Pour des produits homéopathiques remboursables selon les normes des autorités sanitaires compétentes des pays concernés</li> </ul>	<p>20%</p>
<p>EXAMENS ET TRAITEMENTS (prescrits par un médecin)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Imagerie médicale (radiologie, etc.), analyses et examens de laboratoire</li> <li>-Injections, radiothérapie, traitements spécialisés et approuvés</li> <li>-Séances de drainage lymphatique (notamment suite à un traitement du cancer)</li> </ul>	<p>20%</p>
<p><i>Traitement de rééducation fonctionnelle</i></p> <p>Physiothérapie, kinésithérapie, chiropractie, ostéopathie, étio-pathie, ergothérapie, diathermie, ultrasons, infrarouges</p> <p>Les traitements d'acupuncture et de mésothérapie à des fins de rééducation fonctionnelle pratiqués par le médecin traitant sont remboursés aux mêmes conditions que les traitements de rééducation fonctionnelle.</p>	<p>20% max. CHF 15 par séance</p>

<p><i>Traitements psychiatriques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen psychiatrique ou médico-psychologique</li> <li>• Psychothérapie</li> </ul> <p>Malades hospitalisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frais d'hospitalisation</li> <li>- Traitement par le personnel attaché à l'établissement</li> <li>- Traitement dispensé par un spécialiste extérieur à l'établissement pour la psychothérapie</li> </ul> <p>Malades non hospitalisés et/ou consultations en hôpital de jour Traitements ambulatoires pratiqués par un médecin psychiatre ou prescrits et pratiqués par un psychothérapeute agréé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour la psychothérapie(max. 20 séances par an)</li> <li>- consultations par un médecin psychiatre (max. 6 visites/an)</li> </ul> <p>Cures de sommeil dans un établissement agréé par l'Assurance</p>	<p>Délai d'attente</p> <p>20% une fois par an</p> <p>20% max. CHF 27.50 par séance</p> <p>20%</p> <p>20% max. CHF 27.50 par séance</p> <p>20% max. CHF 27.50 par séance</p> <p>20%</p> <p>20% (durée autorisée)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appareils de prothèse (autres que dentaires)</li> <li>- Supports plantaires orthopédiques sur mesure</li> </ul> <p>Les talonnettes et semelles achetées en pharmacie ou magasin spécialisé ne sont pas remboursables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceinture de maintien lombaire (lombostat), collier cervical (minerve), orthèse ou accessoire de maintien d'une articulation</li> <li>- Fauteuil roulant manuel</li> </ul>	<p>20%</p> <p>20% max. CHF 50.max. une paire par an</p> <p>20% max. CHF 75.- par article</p> <p>20% max. CHF 875</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appareils de surdité à l'exclusion de leur remplacement en cas de d��t��riation, de perte ou de bris</li> </ul> <p>L'utilisation de l'appareil doit être reconnue indispensable par un otologiste et l'ordonnance doit être accompagnée d'un audiogramme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appareils respiratoires (nCPAP)</li> </ul> <p>Location de l'appareil pour essai</p> <p>Achat de l'appareil (y compris les frais d'entretien liés à l'utilisation de l'appareil et le matériel périssable)</p>	<p>20% du devis accepté max. CHF 650 par appareil, max. un appareil tous les 5 ans</p> <p>20% des 6 premiers mois max. CHF 700 tous les 5 ans</p>

<p><b>FRAIS OPTIQUE</b></p> <p>-Verres correcteurs (verres et lentilles, verres à double ou triple foyer, verres progressifs ou toute autre correction) à condition que le port des verres correcteurs soit reconnu indispensable par un oculiste, ophtalmologue, opticien ou optométricien. L'ordonnance ou la facture doit indiquer la correction en dioptries.</p> <p>-Montures pour verres correcteurs</p> <p>-Correction réfractive cornéenne (chirurgie par laser)</p>	<p>20% max. CHF 300 par an, max. cumulable sur deux années civiles</p> <p>20% max. CHF 18.75/an cumulable sur deux années civiles 20% max. CHF 500 / œil</p>
<p><b>FRAIS DENTAIRES</b></p> <p>-Soins d'odonto-stomatologie (soins dentaires) et frais de laboratoire, de prothèses dentaires, de radiographie/radiologie</p> <p>-Soins orthodontiques, y compris la fourniture de l'appareil</p> <p>-Frais de chirurgie maxillo-faciale en cas d'hospitalisation Les prestations de chirurgie maxillo-faciale réparatrice énumérées ci-dessous et rendues par des chirurgiens maxillo-faciaux spécialisés sont remboursées par l'Assurance après approbation préalable du médecin conseil de l'Assurance : Malformation cranio-faciale, chirurgie des fentes de la face, chirurgie orthognathique, greffes osseuses, articulations temporo-mandibulaires.</p>	<p>20% max. CHF 500 par an, max. cumulable sur deux années civiles</p> <p>10%</p>

<p><b>MATERNITE</b></p> <p>Maternité (pas de prestation pour les enfants de 21 ans à 29 ans inclus)</p> <p>-Pendant la grossesse : prise en charge de tous les examens et échographies</p> <p>-Préparation à l'accouchement</p> <p>-Honoraires du médecin-accoucheur ou de la sage-femme et soins infirmiers</p> <p>-Intervention chirurgicale (césarienne)</p> <p>-Frais de séjour en établissement hospitalier ou clinique</p> <p>-Après l'accouchement, prise en charge de 3 séances ou visites d'une sage-femme ou d'une infirmière si la durée du séjour en établissement hospitalier a été inférieure ou égale à 6 jours</p>	<p>Délai d'attente</p> <p>20%</p> <p>20% max. CHF 50</p> <p>20%</p> <p>10%</p> <p>20% max. CHF 50</p> <p>20%</p>
--	--

<p><i>Traitement de l'infertilité (forfait)</i></p> <p>Le forfait inclus tous les frais de traitements, actes, consultations, examens, analyses etc. liés à de tels traitements.</p>	<p>Délai d'attente</p> <p>20% max/ CHF 5000 par personne</p>
<p>TRANSPORTS</p> <p>-Transports d'urgence au lieu de traitement le plus proche</p> <p>-Autres transports en ambulance dans la limite de 200 km</p> <p>-Transport aller et retour, aux fins de traitements ambulatoires, au lieu le plus proche où il est possible d'obtenir des traitements adéquats dans la limite de 200 km</p>	<p>20%</p>
<p>GARANTIE OBSEQUES EN CAS DE DECES ACCIDENTEL DE L'ASSURE*</p> <p>* cette garantie n'est pas due en cas de décès d'un ayant droit</p>	<p>100% des frais réels dans la limite de CHF 10 000 et sous déduction de toute prestation frais d'obsèques versée par tout autre régime d'assurance</p>
<p>MEDECINE DOUCE</p> <p>Sous réserve d'une prescription par un médecin ou par un thérapeute reconnu au selon les dispositions du présent contrat, pour les traitements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuncture (traditionnelle, au laser acupressure, électro-acupuncture) An-MO / -rui-Na</li> <li>• Aromathérapie</li> <li>• Auriculothérapie</li> <li>• Biochimie selon Schüssler</li> <li>• Bio-magnétisme</li> <li>• Biométrie fonctionnelle (acupuncture selon</li> <li>• Cataplasmes / enveloppements</li> <li>• Drainage lymphatique manuel</li> <li>• Electrothérapie</li> <li>• Equitation thérapeutique (hippothérapie)</li> <li>• Ethiopathie</li> <li>• Eurythmie thérapeutique</li> <li>• Eutonie Gerda Alexander</li> <li>• Fango</li> <li>• Fasciathérapie</li> <li>• Homéopathie</li> <li>• Hydrothérapie du côlon (irrigation du côlon)</li> <li>• Intégration posturale</li> <li>• Kinésiologie</li> <li>• Massage ayurvédique</li> <li>• Massage métamorphique</li> <li>• Massage des points d'acupuncture</li> <li>• Massage du tissu conjonctif</li> <li>• Massage des zones psychogènes</li> <li>• Massage des zones réflexes musculaires</li> </ul>	<p>90% dans la limite de CHF 1000 par bénéficiaire par année civile</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massage classique</li> <li>• Massage Thai</li> <li>• Médecine anthroposophique</li> <li>• Médecine ayurvédique</li> <li>• Médecine traditionnelle chinoise</li> <li>• Médecine tibétaine</li> <li>• Mésothérapie</li> <li>• Méthode Tomatis</li> <li>• Moxa-Moxibustion Naturopathie</li> <li>• Ortho-Bionomy</li> <li>• Ostéopathie/Etiopathie</li> <li>• Thérapie par la lumière, Photothérapie</li> <li>• Phytothérapie</li> <li>• Polarité</li> <li>• Psychomotricité</li> <li>• Réflexologie</li> <li>• Reiki</li> <li>• Rolfing/intégration structurelle</li> <li>• Shiatsu</li> <li>• Sophrologie</li> <li>• Sumathu</li> <li>• Sympathicothérapie</li> <li>• Thérapie crânio-sacrée <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thérapie équilibration de la base de la colonne vertébrale.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Les autres pratiques de médecine douce et/ou alternative, non listées ci-dessus, ne sont pas couvertes au titre du présent contrat.</b></p>	
--	--

**DECHEANCE DES GARANTIES**

La personne assurée est déchu de tout droit à prestations si elle fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences ou montants du sinistre.

La déchéance est également appliquée si l'assuré utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs.

**RISQUES EXCLUS**

Les frais engagés ne sont pas pris en charge par l'Assureur s'ils résultent des faits suivants :

- Un sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique,
- Les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat ou d'un mouvement populaire ou d'actes terroristes, sauf si la personne garantie ne prend pas une part active à l'événement, ou si elle est appelée à effectuer une mission d'entretien ou de

surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de l'Association souscriptrice.

L'Assureur se réserve la possibilité de modifier les garanties sur un ou des territoires déterminés, moyennant un préavis de quinze jours au Souscripteur. Celle-ci peut refuser cette modification et résilier son contrat en adressant à l'Assureur une lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de l'Avenant envoyé par l'Assureur. La résiliation prend effet le premier jour du trimestre civil suivant la notification de refus.

Le Souscripteur prévient l'assuré de la résiliation.

En outre, en cas de guerre, aucune des garanties ne serait accordée.

## PRESTATIONS EXCLUES

Il est précisé que ne sont pas pris en charge par le présent contrat, que ce soit remboursé ou non par l'UNSMIS, sauf prestations indiquées expressément dans les garanties du contrat comme étant prises en charge :

- Les traitements en dehors de la zone géographique de couverture telle que précisée au présent contrat, sauf cas expressément prévus à la présente notice,
- Toute forme de traitement expérimental ou non contrôlé qui ne suit pas les pratiques communément acceptées, coutumières ou traditionnelles de la médecine, sauf sur consentement spécifique de la part de l'Assureur, et toute forme de traitement non validé par les autorités médicales du lieu de traitement ou du pays d'origine de l'assuré
- Les traitements préventifs, sauf vaccins obligatoires dans le pays d'expatriation, bilans de santé ainsi que les examens de dépistage,
- Les frais annexes ou de confort en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision, hôtel, internet),
- Les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe, telles que la recherche d'un donneur, les tests de compatibilité, la collecte, le transport et les frais administratifs
- Toute opération ou traitement lié au changement de sexe,
- Les vérifications, études, traitements, consultations et complications liés à la stérilité, la stérilisation, les dysfonctionnements sexuels, la contraception y compris l'insertion ou l'enlèvement d'appareil(s) contraceptif(s), l'interruption volontaire de grossesse, sauf dans le cas d'une interruption de grossesse médicalement nécessaire intervenant dans le respect de la législation locale,
- la stérilité, les diagnostics, traitements ou complications liés à la stérilisation, à des dysfonctionnements sexuels et à la contraception, y compris l'insertion ou l'extraction d'appareils contraceptifs et tout autre moyen contraceptif, même prescrits.



- **Toute chirurgie électorive/volontaire et/ou chirurgie plastique/esthétique,**
- **Les traitements esthétiques, cures de rajeunissement, cures d'amaigrissement,**
- **Les traitements et consultations esthétiques, cures de rajeunissement, cures d'amaigrissement,**
- **Les cures thermales,**
- **Les frais de transport et d'hébergement relatifs aux cures thermales,**
- **Les frais médicaux liés à un séjour en centre de thalassothérapie et centre de remise en forme même si ce séjour est médicalement prescrit,**
- **Les frais médicaux liés à un séjour en maison de repos et maison de convalescence sauf si ce séjour est consécutif à une hospitalisation ou une intervention chirurgicale grave acceptée par le médecin de l'Assureur,**
- **Les consultations externes en matière de psychothérapie, psychanalyse, et leurs traitements,**
- **Les consultations, traitements et complications liés à la perte ou à l'implant de cheveux à moins que ce traitement ne soit lié à une perte des cheveux causée par une maladie grave,**
- **Hormis la correction réfractive cornéenne (chirurgie par laser) qui est prise en charge au titre du contrat et figure au tableau des garanties, les traitements en vue de modifier la réfraction d'un œil ou des yeux (correction oculaire au laser), y compris la kératotomie réfractive (KR) et la kératotomie photo réfractive (KPR),**
- **Les médicaments sans ordonnance, et la parapharmacie non prescrite.**

**FORMALITES A EFFECTUER  
EN CAS DE SINISTRE**

**DECLARATION**

**L'imprimé de déclaration est fourni par le Délégué et doit lui être adressé accompagné des pièces justificatives.**

L'Assureur se réserve le droit de demander à tout Assuré ou à ses personnes à charge que ceux-ci lui fournissent l'ensemble des informations nécessaires au traitement de leurs données personnelles et relatives aux demandes de remboursement. L'assureur pourra pour ce faire avoir accès à leurs dossiers médicaux avec toutes les obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.

Toute information fournie par l'Assuré ou l'une des personnes à sa charge qui s'avérera erronée, falsifiée, exagérée, ou encore tous agissements frauduleux ou dolosifs de leur part entraîneront la responsabilité directe de l'Assuré et la répétition des sommes indûment payées par l'Assureur sur la base de ces données incorrectes.

**Pour le remboursement des prestations il sera demandé de fournir les justificatifs originaux de remboursement de l'UNSMIS ainsi que les justificatifs suivants :**

**En cas d'hospitalisation,**

- les justificatifs de l'hospitalisation (factures, notes d'honoraires),

**En cas de maladie,**

- les factures détaillées,

**En cas d'accouchement à domicile,**

- un extrait d'acte de naissance de l'enfant,

L'Assureur peut demander tout autre justificatif destiné à compléter le dossier.

**Évaluation des Dossiers de Sinistres**

Dans le cadre de l'analyse d'un dossier, l'expert médical de l'assureur peut être amené à demander toute pièce justificative nécessaire pour traiter le sinistre. Si les documents fournis s'avèrent incomplets ou soulèvent un doute l'expert médical de l'Assureur est habilité à demander des données aux organisations et personnes suivantes dans le cadre des dispositions relatives au traitement des données à caractère personnel et selon les modalités définies l'Annexe Déclaration de Confidentialité ci-jointe,

- Médecins,
- Hôpitaux,
- Autres institutions médicales,
- Maisons de soins,
- Personnel soignant,
- Autres assureurs,
- les organismes d'assurance maladie de base,
- Les organisations d'assurance professionnelle, et
- Organismes officiels

Dans l'hypothèse où les assurés, y compris les ayants droit et/ou bénéficiaires, tels que définis à la présente notice, rejettent explicitement la collecte de leurs données personnelles dans le cadre du traitement des sinistres ou révoquent leur consentement, l'Assureur ne pourra être tenu responsable du non-paiement des prestations.

En tout état de cause, l'Assureur ne pourra être tenu responsable par l'Assuré/ses ayants droit de l'impossibilité d'exécuter les prestations prévues par le présent contrat.

**Toute fraude, inexactitude ou dissimulation relative à toute question affectant l'assurance ou en rapport avec un sinistre peut engendrer la résiliation du contrat d'assurance et avoir pour conséquence le non-paiement des prestations qui y seraient liées.**

## PIECES A FOURNIR

### **En cas d'hospitalisation,**

. contacter le gestionnaire HENNER S.A.S. en vue d'une prise en charge directe, sinon fournir les justificatifs de l'hospitalisation (factures, notes d'honoraires, bulletin d'hospitalisation),

### **En cas de maladie,**

. les factures détaillées acquittées

### **En cas d'accouchement à domicile,**

. un extrait d'acte de naissance de l'enfant,

*L'Assureur peut demander tout autre justificatif complémentaire qui lui est nécessaire*

## GESTION DES SINISTRES

La gestion des sinistres est assurée par :

### **HENNER S.A.S.**

14 boulevard du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France

Tél. : +33 (0) 1 55 62 90 00

Fax. : +33 (0) 1 42 26 95 64

Toute demande de remboursement ou de renseignement concernant la couverture santé doit être adressée à **HENNER S.A.S.** directement.

## RECOURS

Conformément au Code des Assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'Assureur en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

L'Assureur renonce à toute action récursoire contre l'Entreprise adhérente.

## PRESCRIPTION

### Article L.114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

### Article L.114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### Article L.114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'Article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

### **Information complémentaire :**

**Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux Articles 2240 et suivants du Code civil ; parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, demande en justice même en référé, acte d'exécution forcée. Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription se reporter aux Articles du Code civil précités.**

**Les Articles 2240 et suivants du Code civil sont reproduits à l'Annexe 2 de la présente notice.**

## BASE DU CONTRAT D'ASSURANCE

Ce contrat est régi par le Code des Assurances.

La définition des garanties, la tarification et leurs règles d'application tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à la date d'effet du contrat d'assurance.

## RECLAMATION

En cas de difficultés, le Syndicat de l'UIT ou les Assurés doivent d'abord consulter l'interlocuteur habituel d'AWP Health & Life S.A..

Si, sa réponse ne satisfait pas à l'attente des Assurés ou de l'Entreprise adhérente, ces derniers peuvent adresser une réclamation par simple lettre ou courriel à :

**AWP Health & Life S.A. - Relations Clients, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint Ouen, France**

Courriel : [client.care@allianzworldwidecare.com](mailto:client.care@allianzworldwidecare.com)

AWP Health & Life S.A. adhère à la charte de la médiation de l'Assurance. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif, l'Entreprise adhérente ou les Assurés ont la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au Médiateur de l'Assurance,

- par voie postale à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50 110

75 441 Paris Cedex 09

- ou via son site internet :

<https://www.mediation-assurance.org/>

et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

## CNIL (COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET LES LIBERTES)

Les informations concernant l'Assuré sont utilisées pour la gestion de la police d'assurance. L'Assuré bénéficie d'un droit accès, de rectification et d'opposition conformément à la Loi 78-17 du 06.01.1978.

## DEFINITIONS

Les termes et expressions utilisés dans la présente notice ont le sens mentionné ci-dessous :

### **Accident**

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

### **Auxiliaires médicaux**

Infirmiers, aides-soignants et autre personnel médical diplômé d'État.

### **Cure thermale**

Traitement médical prescrit d'une durée maximale de vingt et un jours faisant appel à l'eau de source minérale et à ses dérivés. L'établissement doit offrir à ses patients une surveillance et un suivi médical régulier.

### **Frais d'accouchement**

Frais médicaux (incluant chambre double) engagés relatifs à l'accouchement vaginal ou par césarienne si cette dernière est médicalement nécessaire ou habituelle dans le pays de naissance. Toute complication, ainsi que la chambre particulière, seront prises en charge par la garantie « hospitalisation ».

### **Hôpital**

Hôpital médical ou chirurgical légalement et régulièrement agréé dans le pays où il se trouve et placé sous la direction et le contrôle permanent d'un médecin résident.

### **Pays d'expatriation**

Le pays, hors du pays d'origine, dans lequel l'Assuré exerce une activité professionnelle.

Syndicat du personnel de l'UIT – Notice régime Frais de santé en complément UNSMIS – Contrat n° 078921/501

Date d'effet : 1<sup>er</sup> janvier 2020

### **Pays d'origine**

Le pays figurant sur le passeport du bénéficiaire de l'assurance et/ou le pays déclaré comme pays d'origine sur la Demande Individuelle d'Affiliation.

### **Prothèse dentaire**

Soins prosthétiques, y compris pose de couronnes, d'inlays, d'onlays, d'incrustations et d'implants, ainsi que tous les traitements nécessaires, y compris le remboursement des frais de laboratoire et des composants.

### **Prothèse médicale**

Appareil acoustique, auxiliaire de phonation (larynx électronique), fauteuil roulant et aide à la mobilité personnelle, membre artificiel, produit à stomie, soutien à hernie, bandage abdominal, bas de compression élastique ou semelle orthopédique et tout autre appareil médicalement prescrit.

### **Traitement dentaire d'urgence suite à un accident**

Le traitement doit être administré dans les quinze jours et consiste à remplacer les dents saines et naturelles perdues ou endommagées.

### **Urgence**

Terme utilisé en cas d'accident, de catastrophe naturelle, de commencement ou d'aggravation soudaine d'une maladie grave nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention de l'Assuré ou de l'une des personnes à sa charge. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste et une hospitalisation intervenant dans les vingt-quatre heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires au remboursement.

## **ANNEXE 1- DECLARATION DE CONFIDENTIALITE**



Annexe Déclaration  
de confidentialité (F)

## **ANNEXE 2 : REPRODUCTION D'ARTICLES DE LOI**

La prescription : articles 2240 et suivants du Code civil

### Article 2240

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

### Article 2241

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

#### Article 2242

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

#### Article 2243

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

#### Article 2244

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

#### Article 2245

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

#### Article 2246

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

### **La fausse déclaration : articles L. 113-8 et 9 du Code des assurances**

#### Article L113-8

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

## Article L113-9

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

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un 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.

### **AWP Health & Life S.A.**

Eurosquare 2  
7 rue Dora Maar  
93400 Saint Ouen  
France

AWP Health & Life. SA est une société anonyme au capital de € 65,190,446, régie par le Code des Assurances, dont le siège social se trouve à Eurosquare 2  
7 rue Dora Maar, 93400 Saint Ouen, France - Enregistrée en France : RCS Bobigny 401 154 679.

Autorité chargée du contrôle d'AWP Health & Life S.A.:  
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09