



CAP TEMPO FRANCE

POLICE N° 0028424 00000 001



SOMMAIRE

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ? page 2

TABLEAUX DES GARANTIES page 3

**GARANTIE FRAIS MÉDICAUX
ET CHIRURGICAUX** page 6

Contrat QUATREM n° 0028424 00000 001

- ⊗ Objet de la garantie
- ⊗ Prestations
- ⊗ Règlement des prestations
- ⊗ Maintien des garanties hors de France
- ⊗ Assurances cumulatives
- ⊗ Exclusions

DISPOSITIONS GÉNÉRALES page 8

- ⊗ Objet du contrat
- ⊗ Conditions et formalités d'adhésion au contrat
- ⊗ Effet, durée et renouvellement de l'adhésion et des garanties
- ⊗ Renonciation
- ⊗ Obligations des parties
- ⊗ Références légales
- ⊗ Dispositions diverses

COTISATION page 11

- ⊗ Assiette et montant de la cotisation
- ⊗ Modalité de paiement
- ⊗ Taxes et contributions
- ⊗ Défaut de paiement



CAP TEMPO FRANCE



QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX ?

POUR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX, DÉCLAREZ VOTRE SINISTRE SOUS 15 JOURS ET FOURNIR LES JUSTIFICATIFS SUIVANTS :

- N° d'adhésion au contrat et numéro de Police :
n° 0028424 00000 001
- RIB (pour la 1ère demande de remboursement uniquement)
- Factures originales des soins réglés
- Prescriptions médicales
- Le questionnaire médical complété par le professionnel de santé (reçu lors de la souscription)
- Votre numéro de sécurité sociale
- Une lettre attestant sur l'honneur que vous avez engagé les démarches de réinscription auprès des organismes sociaux (voir modèle ci dessous)

Envoyez les documents originaux sous pli confidentiel, à l'attention du «médecin conseil» :



**Chapka Assurances / MAI
Medical Administrators International
39 rue Anatole France
92532 Levallois Perret Cedex**



Tél. : +33 (0)1 84 79 08 82

Email frais médicaux :

chapka@medical-administrators.com

Email Hospitalisation de plus de 24H :

hospi@medical-administrators.com

Nouveau : Pour les frais médicaux inférieurs à 500 €, vous pouvez scanner les factures et les envoyer par email pour le remboursement (conservez bien les originaux, ils peuvent vous être demandés en cas de contrôle par l'assureur)

MÊME SI VOTRE DOSSIER N'EST PAS COMPLET IL EST IMPÉRATIF DE PRÉVENIR L'ASSUREUR DANS LES DÉLAIS PAR EMAIL OU TÉLÉPHONE DANS LES 15 JOURS

Exemple type de lettre à joindre à votre demande de remboursement :

«Je soussigné, <votre prénom et votre nom>, certifie par la présente avoir engagé les démarches administratives en vue de ma ré-affiliation au régime de Sécurité Sociale française.

Fait le <date du jour>, votre signature>.»



CAP TEMPO FRANCE



TABLEAU DES GARANTIES

FRAIS MÉDICAUX & HOSPITALISATION PLAFONDS & FRANCHISES CONTRAT QUATREM N° 0028424 00000 001

Dépenses occasionnées par suite d'une maladie inopinée ou d'un accident uniquement et selon les conditions décrites sur la notice d'information (entente préalable, exclusions, limites, coût conforme aux pratiques locales et justifié...)

Le cumul des remboursements de l'assureur au titre de la présente garantie est limité à 300 000 euros pour toute la durée de l'adhésion.

L'hospitalisation de plus de 24 heures est soumise à l'entente préalable de l'assureur.

FRAIS D'HOSPITALISATION

Frais de séjour, honoraires, autres frais médicaux, transport en ambulance	Prise en charge au 1 ^{er} euro, 100 % des frais réels, sans franchise
--	--

Forfait hospitalier	100 % des frais réels
---------------------	-----------------------

Chambre particulière	100 euros par jour d'hospitalisation
----------------------	--------------------------------------

MEDECINE DE VILLE HORS HOSPITALISATION (MALADIE INOPINÉE OU ACCIDENT)

Consultations médicales Visites médicales Généralistes	100 % des frais réels et de 35 euros par consultation ou visite de généraliste
--	--

Consultations médicales Visites médicales Spécialistes	100 % des frais réels et de 75 euros par consultation ou visite de spécialiste
--	--

Auxiliaires médicaux, Analyses médicales, Actes techniques médicaux, Imagerie médicale, Médicaments à service rendu majeur ou modéré	100 % des frais réels
--	-----------------------

FRAIS DENTAIRES D'URGENCE

Pansements, obturation, dévitalisation ou extraction	100 % des frais réel et de 500 Euros pour la durée de l'adhésion
--	--



CAP TEMPO FRANCE



CONTRAT QUATREM N°0028424 00000 001 NOTICE D'INFORMATION

LEXIQUE

Dans le présent contrat les termes suivants sont utilisés :

Sauf disposition spécifique prévue à la garantie, les définitions ci-après s'entendent au jour de l'évènement considéré :

L'ASSUREUR

La société d'assurance QUATREM, société anonyme au capital de 380 426 249 euros, régie par le code des assurances, 31-35 rue de la Fédération, 75717 Paris Cedex 15, société du groupe Malakoff Médéric.

LE SOUSCRIPTEUR

L'association Chapka qui a conclu le contrat d'assurance avec l'assureur. Cette association est une association de la loi de 1901 dont le siège est situé 31-35 rue de la Fédération 75717 Paris Cedex 15.

L'ADHÉRENT

La personne physique, membre de l'association Chapka répondant aux conditions d'adhésion objet de l'article 3.2.1 (Conditions d'adhésion au contrat), et adhérent au contrat.

L'ASSURÉ

L'adhérent admis à l'assurance sur qui repose le risque assuré

ACCIDENT

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.

MALADIE INOPINÉE

Désigne toute altération de la santé soudaine et imprévisible constatée par une autorité médicale compétente et demandant une réponse médicale rapide.

RÉGIME OBLIGATOIRE

Régime général français d'assurance maladie des travailleurs salariés ou des étudiants ou des travailleurs non salariés, dont relève l'assuré.

PARCOURS DE SOINS

Passage par le médecin traitant choisi par l'assuré avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins concerne les patients à partir de 16 ans.

PARTICIPATION FORFAITAIRE (ARTICLE L322-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale. Cette participation forfaitaire, à la charge de l'assuré, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques.

La participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'assureur.

FRANCHISE (ARTICLE L322-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les frais pharmaceutiques, les actes des auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

La franchise n'est pas remboursée par l'assureur.

AUTORITÉ MÉDICALE COMPÉTENTE

Professionnel de santé ayant obtenu un diplôme dans une école de médecine figurant sur la liste de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) et autorisé à pratiquer son art dans le pays où sont administrés les soins

SERVICE MÉDICAL RENDU (SMR)

Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par la Sécurité sociale.

PRATIQUE MÉDICALE EN VIGUEUR

Désigne un acte médical correspondant au traitement habituellement pratiqué pour soigner la pathologie à traiter en respect des normes déontologiques communément admises hors traitement expérimental,

essai clinique, recherche médicale.

HOSPITALISATION

Admission de l'assuré dans un établissement de santé (hôpital ou clinique) afin d'y subir une intervention chirurgicale ou un traitement médical.

Entrent également dans la présente définition : l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile lorsqu'elles sont médicalement justifiées.

SOINS PROGRAMMÉS

Les soins sont dits « programmés » lorsqu'ils sont prévus plus de VINGT QUATRE HEURES avant leur réalisation effective.

SOINS PROGRAMMÉS

Les soins sont dits « programmés » lorsqu'ils sont prévus plus de VINGT QUATRE HEURES avant leur réalisation effective.

VILLÉGIATURE

Séjour touristique en dehors du pays de séjour temporaire ne dépassant pas QUATRE VINGT DIX (90) jours et déclaré à l'assureur.

DEVISE DU CONTRAT

Les prestations sont payées en France et en euro.

CALCUL DE L'ÂGE

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et celle de l'adhésion.

GARANTIES SOUSCRITES

Les actes suivants sont pris en charge par l'assureur dans les conditions fixées au titre 2 (Garantie frais médicaux et chirurgicaux).

Le cas échéant, l'assureur intervient en complément des prestations versées au titre de toute couverture complémentaire frais de santé dont bénéficie l'assuré à quelque titre que ce soit.

1.1 HOSPITALISATION

Le cumul des remboursements de l'assureur au titre de la présente garantie est limité à 300 000 euros pour toute la durée de l'adhésion.

L'hospitalisation de plus de 24 heures est soumise à l'entente préalable de l'assureur.

ACTES

Frais de séjour, honoraires, autres frais médicaux, transport en ambulance

dans la limite de :

100 % des frais réels

ACTES

Forfait hospitalier

dans la limite de :

100 % des frais réels

ACTES

Chambre particulière

dans la limite de :

100 euros par jour d'hospitalisation



1.2 MÉDECINE DE VILLE (HORS HOSPITALISATION)

ACTES

**Consultations médicales Visites médicales
Généralistes**

dans la limite de :

100 % des frais réels et de 35 euros par consultation ou visite de généraliste

ACTES

Auxiliaires médicaux

Analyse médicales

Actes techniques médicaux

Imagerie médicale

Médicaments à service rendu majeur ou modéré

dans la limite de :

100 % des frais réels



1.3 FRAIS DENTAIRES

ACTES

Pansements, obturation, dévitalisation ou extraction

dans la limite de :

100 % des frais réels et de 500 Euros pour la durée de l'adhésion

GARANTIES FRAIS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

2.1 OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le remboursement, dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré, de tout ou partie des dépenses de santé occasionnées par suite d'une maladie inopinée ou d'un accident tant dans la vie privée qu'au cours de son activité étudiante ou professionnelle, tant qu'il n'a pas réuni les conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature versées par le régime obligatoire.

La garantie est souscrite au 1^{er} euro et le cas échéant sous déduction de toute couverture complémentaire frais dont bénéficie l'assuré à quelque titre que ce soit.

En tout état de cause et conformément à l'article 2.5 (Assurances cumulatives), la garantie ne peut excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré.

2.2 PRESTATIONS

Les actes médicaux pris en charge par l'assureur sont ceux définis au titre 1 (Garanties souscrites) par l'assuré, à condition qu'ils soient :

- prescrits et pratiqués par une autorité médicale compétente telle que définie au lexique,
- reconnus par cette même autorité comme médicalement appropriés et indispensables au traitement de la pathologie tant en quantité qu'en qualité,
- conformes aux pratiques médicales en vigueur telles que définies au lexique,
- pratiqués en secteur conventionné en France,
- rétribués à un coût raisonnable et habituellement pratiqué pour le traitement considéré en France ou dans le pays où ils sont pratiqués en cas de villégiature (conformément aux dispositions de l'article 2.4 Maintien des garanties hors de France, étant précisé que l'assureur peut fournir un référentiel de coûts sur demande,

ET qu'ils ne fassent pas l'objet d'une exclusion mentionnée à l'article 2.6 (Exclusions) du contrat.

Les garanties prises en compte par l'assureur pour le calcul des remboursements sont celles en vigueur à la date des soins effectués par le professionnel de santé.

2.2.1 HOSPITALISATION

Le remboursement de l'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'une durée de plus de 24 heures est subordonné à l'établissement d'une entente préalable de l'assureur dans les conditions mentionnées à l'article 2.2.1.1 (Modalité de l'entente préalable de l'assureur) ci-après. De plus, l'assureur peut délivrer simultanément une prise en charge.

2.2.1.1 MODALITES DE L'ENTENTE PREALABLE DE L'ASSUREUR

L'assuré doit fournir au médecin conseil de l'assureur à l'adresse mentionnée à l'article 3.7 (Dispositions diverses) et sous pli « secret médical » avant le début de l'hospitalisation de plus de 24 heures, la prescription du professionnel de santé complétée le cas échéant des résultats d'analyses et d'actes d'imagerie médicale pratiqués au préalable et du devis détaillé,

Si des circonstances imprévisibles et irrésistibles, étrangères à la personne de l'assuré, l'empêche de respecter les délais

suvisés, l'assuré ou l'établissement hospitalier est tenu d'effectuer la demande prise en charge dès qu'il en a la possibilité, à défaut les soins ne seront pas pris en charge par l'assureur.

L'entente préalable délivrée par l'assureur matérialise son accord, valide le type de soin proposé par rapport à la pathologie, la négociation des tarifs avec les établissements hospitaliers concernés et informe l'assuré du montant du remboursement. L'entente préalable est valable UN mois sous réserve que l'assuré ait toujours cette qualité à la date effective des soins et que l'adhésion soit toujours en vigueur.

2.2.1.2 PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

Simultanément à l'entente préalable prévue ci-avant, l'assureur peut délivrer une prise en charge hospitalière au profit de l'assuré.

Ainsi, l'assureur se substitue à l'assuré concerné pour le règlement des frais restant à sa charge auprès de l'établissement hospitalier, dans les conditions prévues au contrat et notamment sous réserve des dispositions de l'article 2.6 (Exclusions).

2.2.2 AUTRES SOINS

Pour les actes ne faisant pas l'objet d'une entente préalable, (Hospitalisation de moins de 24 heures, Médecine de ville, Frais dentaires), l'assureur peut soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 2.2.2.1 (Contrôle médical). En cas de contestation, l'assuré peut, le cas échéant, mettre en oeuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

A l'issue de ce contrôle, l'assureur se réserve la possibilité de refuser ou de réduire le remboursement de tout acte qui lui semblerait injustifié au plan médical et / ou rétribué sans respecter les coûts raisonnables habituellement pratiqués pour le traitement considéré.

2.2.2.1 CONTRÔLE MÉDICAL

Sous peine de déchéance de garantie, l'assureur se réserve la possibilité de demander à l'assuré :

- toute pièce ou renseignement qui lui paraîtrait nécessaire afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- de se soumettre à un examen médical ayant pour objet de contrôler son état de santé, les avis médicaux et pièces justificatives qu'il aura transmis.

Lors de l'examen médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par son médecin traitant, ou tout autre médecin de son choix.

A l'issue de cet examen et en cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur sur l'appréciation de l'état de santé de l'assuré, les parties et leurs médecins délégués pourront choisir un tiers expert agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'assureur et l'assuré.

Faute d'entente sur ce choix, la désignation sera faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du tiers expert seront dans tous les cas supportés par moitié par les deux parties.

2.3 REGLEMENT DES PRESTATIONS

2.2.1 HOSPITALISATION

Les demandes de remboursement sont à adresser par l'assuré dans les QUINZE jours qui suivent la date des soins ou la réception de la facture d'hospitalisation à l'adresse mentionnée à l'article 3.7 (Dispositions diverses).

Au-delà de ce délai, si la déclaration tardive a causé un préjudice à l'assureur, les prestations payées seront réduites de moitié.

Si l'assureur a délivré une prise en charge, l'établissement hospitalier effectue la demande de remboursement auprès de l'assureur en lui adressant sa facture le plus rapidement possible.

En tout état de cause et conformément aux dispositions légales rappelées à l'article 3.6.2 (Prescription) du présent contrat, les demandes de remboursements sont prescrites au terme d'un délai de DEUX ans à compter de la date des soins.

2.3.2 MODALITE DE DECLARATION

Les demandes de remboursement doivent être accompagnées :

- des prescriptions,
- des factures originales dûment acquittées,
- le cas échéant :
 - si les frais engagés sont consécutifs à un événement ayant donné lieu à l'établissement d'un rapport de police : une copie de ce rapport,
 - une copie de l'entente préalable délivrée par l'assureur dans les conditions fixées à l'article 2.2.1.1. (Modalité de l'entente préalable de l'assureur).

Si à l'occasion d'une demande de remboursement, l'assuré fournit intentionnellement des documents faux ou dénaturés, ce dernier s'expose à des poursuites pénales, à la nullité de son adhésion ainsi qu'à la perte de tous droits à remboursement.

2.4 MAINTIEN DES GARANTIES HORS DE FRANCE

Tant que l'adhésion est en vigueur, les soins couverts par le présent contrat, pratiqués hors de France sont pris en charge dans la limite du remboursement qu'aurait effectué le régime obligatoire s'il était intervenu et **uniquement en cas de villégiature**.

2.5 ASSURANCES CUMULATIVES

La garantie est souscrite au 1er euro et le cas échéant, en complément de toute couverture complémentaire dont bénéficie l'assuré à quelque titre que ce soit.

En tout état de cause, le cumul des remboursements payés par l'assureur, et le cas échéant, par toute couverture complémentaire dont bénéficie l'assuré à quelque titre que ce soit, ne peut excéder le montant des dépenses qui ont été engagées au titre des soins considérés.

Par ailleurs, si les risques couverts par le contrat sont ou viennent à faire l'objet d'autres assurances, l'assuré doit en faire la déclaration à l'assureur lors de l'adhésion et pendant toute la durée de celle-ci.

Les garanties de même nature produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, l'assuré peut obtenir

l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. La contribution de chaque organisme est ensuite déterminée conformément aux dispositions de l'article L 121-4 du code des assurances.

2.6 EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge par l'assureur :

- Les soins :
 - résultant du fait intentionnel de l'assuré,
 - résultant d'une tentative de suicide,
 - effectués ou programmés antérieurement à la date d'effet de l'adhésion au contrat de l'assuré,
 - effectués ou programmés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion au contrat de l'assuré ou de la résiliation du contrat ou de la cessation de la garantie concernée,
 - non prescrits médicalement,
 - non exécutés par une autorité médicale compétente telle que définie au lexique,
 - inappropriés à la pathologie,
 - non rétribués à un coût raisonnable et habituellement pratiqué pour le traitement considéré,
 - qui auraient été habituellement pratiqués gratuitement en l'absence du présent contrat,
 - qui ne sont pas pratiqués par un professionnel de santé titulaire d'un diplôme requis pour pratiquer son art dans le pays où sont administrés les soins,
 - qui n'ont pas fait l'objet d'une entente préalable de l'assureur dans les cas prévus à l'article 2.2 (Prestations)
 - refusés par l'assureur à la suite d'une demande d'entente préalable conformément à l'article 2.2 (Prestations),
 - pratiqués hors de France, sauf application des dispositions de l'article 2.4 (Soins effectués hors de France)
 - occasionnés lorsque l'assuré a négligé de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état,
 - consécutifs à un accident occasionné par l'état d'alcoolémie de l'assuré constaté par un taux égal ou supérieur à celui défini par le code de la circulation routière en vigueur en France au moment de l'accident,
 - dentaires autres que ceux mentionnés au titre 1 (Garanties souscrites)
- les séjours :
 - dans une maison de repos ou de soins d'une durée supérieure à 30 jours,
 - dans un établissement de long séjour.
- les traitements :
 - contre l'obésité, l'amaigrissement,
 - de rajeunissement,
 - de la stérilité et de la fécondité
 - expérimentaux.
- les interruptions volontaires de grossesse,
- l'accouchement.

- les inlays, onlays, la parodontologie, l'orthodontie, les prothèses dentaires, l'implantologie .
- les frais :
 - de rééducation sauf en cas d'accident dument justifié par notamment un rapport de police (hors kinésithérapie),
 - de chirurgie esthétique,
 - d'ostéopathe, de chiropractie,
 - d'optique,
 - d'exams médicaux pré-nuptiaux,
 - d'hôtellerie,
 - de rapatriement de l'assuré,
 - d'assistance quels qu'ils soient,
 - annexes ou non médicaux en cas d'hospitalisation tels que : téléphone, télévision, connexion internet, boissons.
- le cas échéant, la part des frais pris en charge par la Sécurité sociale ou par tout autre organisme de protection sociale,
- la franchise et la participation forfaitaire définies au Lexique
- les produits parapharmaceutiques.
- les médicaments :
 - non prescrits par une autorité médicale compétente telle que définie au Lexique,
 - dont le service médical rendu est faible,
 - utilisés au-delà des doses prescrites,
 - utilisés pour un usage non thérapeutique,
 - les vitamines, minéraux, les compléments alimentaires ou diététiques même s'ils ont été prescrits médicalement pour avoir des effets thérapeutiques.
- les consultations de diététiciens,
- les tests génétiques,
- les bilans de santé,
- les greffes d'organes,
- Les maladies ou accidents consécutifs à :
 - des rixes, paris de toutes natures,
 - une guerre, des émeutes, des mouvements populaires, des attentats, des actes de nature terroriste, si l'assuré y a pris une part active,
 - la pratique par l'assuré de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive,
 - la pratique par l'assuré de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité,
 - la participation de l'assuré à tout sport et/ou compétition à titre professionnel,
 - la pratique de tout sport amateur nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien ou aquatique à moteur,
 - l'utilisation par l'assuré, en tant que pilote ou passager, d'un deltaplane, d'une aile volante, d'un parapente, d'un parachute, d'un appareil ultra léger motorisé (U.L.M.) ou de tout engin assimilé,
 - la pratique de sports extrêmes y compris base jump, sky surfing, sky flying, zorbing, exercices acrobatiques, streetluge, speed riding, plongée sous-marine avec bouteille à plus de 40 mètres de profondeur ou pratiquée en solo, randonnée à pieds sur chemin non balisé ou nécessitant corde, piolet ou crampons ou à une altitude de plus de 4 000 mètres,
 - Au non-respect des mesures de prévention ou de rapatriement ordonnées par les autorités compétentes à la suite d'une dégradation de la sécurité ou des conditions sanitaires dans la zone de séjour temporaire de l'assuré.

- Les suites et conséquences :
 - d'affections psychiatriques, neuropsychiatriques ou psychologiques, de toute manifestation justifiant un traitement à visée neuropsychiatrique, et en particulier, la dépression nerveuse, l'anxiété, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, la fibromyalgie, les troubles de l'alimentation, la fatigue chronique,
 - d'affections rachidiennes, discales ou vertébrales, les lombalgies, les sciatiques, les lombosciatiques, les hernies : discales, pariétales, intervertébrale, crurale, scrotale, inguinale de ligne blanche, ombilicale, les dorsalgies, les cervicalgies et les sacrocoxalgies,
 - d'une malformation congénitale,
 - de la consommation de drogue non prescrite médicalement ou en dehors des doses prescrites médicalement.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.1 OBJET DU CONTRAT

Ce contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle, souscrit par l'Association Chapka au profit de ses membres remplissant les conditions d'adhésion définies à l'article 3.2 (Conditions et formalités d'adhésion au contrat) ayant pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés **en cas d'accident ou d'une maladie inopinée** par l'assuré, dans les conditions mentionnées au titre 1 (Garanties frais médicaux et chirurgicaux) du présent contrat, **tant qu'ils n'ont pas réuni les conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature prévues par le régime obligatoire auquel ils sont tenus d'adhérer.**

Il est régi par le code des assurances et notamment ses articles L141-1 et suivants et relève des branches 1 (accidents) et 2 (maladie) de l'article R321-1 du code des assurances.

Les garanties de Chapka international retour en France sont assurées par QUATREM sous la référence suivante : 0028424 00000 001

Les présentes dispositions définissent les engagements réciproques du souscripteur et de l'assureur et notamment les modalités d'entrée en vigueur des garanties ainsi que les formalités à accomplir pour le paiement des prestations.

3.2 CONDITIONS ET FORMALITÉS D'ADHESION AU CONTRAT

3.2.1 CONDITIONS D'ADHESION AU CONTRAT

Sont admissibles au contrat les personnes physiques, membre de l'association Chapka, résidents fiscaux français :

- de retour en France après avoir effectué un séjour temporaire à l'étranger afin d'y exercer une activité professionnelle temporaire, d'y effectuer un stage, du bénévolat, un voyage touristique de longue durée, d'y poursuivre des études

ET ayant déposé une demande d'affiliation au régime obligatoire immédiatement dès leur retour en France

ET n'ayant pas réuni les conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature prévues par ledit régime obligatoire

3.2.2 FORMALITES D'ADHESION AU CONTRAT

L'adhérent remplit une demande d'adhésion par laquelle il précise, la nature de la couverture dont il bénéficiait le cas échéant, pendant son séjour temporaire à l'étranger, la date de son retour en France, son statut (étudiant, salarié, non salarié, en recherche d'emploi,...), la date de sa demande d'affiliation au régime obligatoire et le cas échéant son numéro d'immatriculation audit régime.

L'acceptation du risque par l'assureur est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion qui confère à l'adhérent la qualité d'assuré.

Le certificat d'adhésion mentionne les caractéristiques propres à l'adhésion, notamment, l'identité de l'assuré, la date d'effet de l'adhésion, la nature de l'activité pratiquée par l'adhérent, le montant de la cotisation ainsi que les dérogations éventuelles aux conditions générales.

Seules les pièces contractuelles portant la signature d'un représentant habilité de la compagnie engagent l'assureur.

3.3 EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

3.3.1 DATE D'EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion au présent contrat prend effet à la date mentionnée au certificat d'adhésion et au plus tôt à la date de son inscription au régime obligatoire, sous réserve du versement d'une cotisation unique calculée conformément à l'article 4.1 (Assiette et montant de la cotisation).

L'adhésion est souscrite pour la durée au cours de laquelle l'adhérent ne réunit pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature du régime obligatoire, cette durée étant rappelée au certificat d'adhésion. La date d'effet de l'adhésion est également indiquée au certificat d'adhésion.

Sous réserve du paiement de la cotisation, et sauf réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'assuré, celui-ci ne peut être radié de l'assurance contre son gré tant qu'il répond aux conditions d'adhésion mentionnées à l'article 3.2.1 (Conditions d'adhésion au contrat).

3.3.2 CESSATION DE L'ADHESION

L'adhésion au contrat prend fin pour l'assuré :

- en cas de non-paiement de la cotisation unique,
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 3.2.1 (Conditions d'adhésion au contrat);
- à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice,
- à la date à laquelle il réunit les conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature du régime obligatoire
- à la date de résiliation du contrat par l'assureur ou le souscripteur

3.3.3 DATE D'EFFET, DUREE DES GARANTIES

Sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, les garanties prennent effet à l'issue d'un délai de carence de SEPT jours consécutifs.

Le délai de carence est une période pendant laquelle l'assuré n'est pas garanti, il est décompté à partir de la date d'effet de l'adhésion mentionnée au certificat d'adhésion, il ne s'applique pas si l'adhésion est souscrite :

le jour du retour en France de l'assuré ET de sa demande d'affiliation au régime obligatoire,

OU antérieurement au retour en France de l'assuré ET de sa demande d'affiliation au régime obligatoire

OU en cas d'accident.

Aucune prestation ne sera versée tant que la cotisation ne sera pas payée.

Les garanties cessent, dans les cas prévus à l'article 3.3.2 (Cessation de l'adhésion) et en tout état de cause dès que l'assuré remplit les conditions d'ouverture des droits aux prestations en nature du régime obligatoire.

3.4 RENONCIATION

L'assuré a la faculté de renoncer à son adhésion, si elle fait suite à un démarchage à domicile ou si elle a été conclue à distance, dans les conditions ci-après.

3.4.1 DEMARCHAGE A DOMICILE

Conformément à l'article L112-9 du code des assurances :

« I.- Toute personne physique qui 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'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée. L'assuré est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Le solde est remboursé par l'assureur au plus tard dans les TRENTE jours suivant la date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un événement mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

3.4.2 CONCLUSION DE L'ADHESION A DISTANCE

Conformément à l'article L112-2-1 du code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de QUATORZE jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, ce délai commençant à courir à compter du jour de la signature du certificat d'adhésion.

3.4.3 MODELE DE LETTRE DE RENONCIATION

Pour exercer son droit de renonciation, l'assuré peut utiliser le modèle de lettre suivant :

Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat numéro (indiquer ledit numéro), souscrit le (date du certificat d'adhésion), par l'intermédiaire de (nom du conseiller en assurance), en application des dispositions de l'article L 112-9 du code des assurances (en cas de démarchage à domicile) L 112-2-1 du code des assurances (en cas d'adhésion à distance) – rayer la mention inutile –

3.5 OBLIGATIONS DES PARTIES

3.5.1 OBLIGATIONS DE L'ASSURE

L'assuré s'oblige :

à l'adhésion :

- à transmettre :
 - la demande d'adhésion dûment complétée,
 - une photocopie de sa carte nationale d'identité,
 - toute pièce justifiant de sa demande d'affiliation au régime obligatoire
 - le cas échéant, tout document dudit régime mentionnant son numéro d'immatriculation
 - toute pièce que l'assureur jugerait nécessaire à l'adhésion.
- à régler la cotisation unique à l'assureur.

en cours d'adhésion

- à communiquer à l'assureur toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence de modifier la nature ou l'importance des risques, ou d'en créer de nouveaux et de rendre inexacts ou caduques les déclarations faites à l'assureur lors de l'adhésion, notamment la date à laquelle il ouvre droit aux prestations en nature du régime obligatoire.

en cas d'événement ouvrant droit aux prestations :

- les éléments nécessaires au règlement des prestations, tels qu'ils sont énumérés à l'article 2.3 (Règlement des prestations), étant précisé qu'il est recommandé à l'assuré de conserver une copie des éléments qu'il transmet à l'assureur jusqu'à la réception du remboursement y afférent,
- un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le paiement des prestations,
- le formulaire de déclaration délivré par l'assureur

L'ASSUREUR NE PEUT SE TROUVER ENGAGE QUE PAR LES DECLARATIONS ET PIECES TRANSMISES PAR L'ASSURE, LE CAS ECHEANT TRADUITES EN FRANÇAIS AUX FRAIS DE L'ASSURE PAR UN ORGANISME DUMENT RECONNU.

3.5.2 OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le certificat d'adhésion est remis à l'assuré conformément à l'article 3.2.2 (Formalité d'adhésion au contrat).

Le souscripteur doit conformément à l'article L 141-4 du code des assurances :

- Remettre aux assurés une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre,
- Informer par écrit les assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations TROIS mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

La preuve de la remise de ces documents incombe au souscripteur, conformément aux dispositions de l'article L141- 4 du code des assurances.

3.6 RÉFÉRENCES LEGALES

3.6.1 OBLIGATIONS DE DECLARATION

Les déclarations du souscripteur et de l'adhérent servent de base à l'application des garanties.

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur entrainerait l'application des articles L113-8 et L113-9 du code des assurances qui prévoient :

- Article L113-8 « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, 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. »

3.6.2 PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est irrecevable au terme d'un délai de DEUX ANS à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et L114-2 du code des assurances qui prévoient :

- Article L114-1 « 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.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

• Article L114-2 « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription [reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du code civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du code civil), citation en justice, même en référé (article 2241 du code civil)] 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. »

3.7 DISPOSITIONS DIVERSES

Toutes les communications relatives à l'assurance et incombant au souscripteur ou l'assuré doivent être adressées à :

- MAI 39 rue Anatole France, 92300 Levallois Perret agissant en tant que mandataire de l'assureur pour la gestion des prestations du présent contrat,
- Aon France agissant en tant que mandataire de l'assureur pour la gestion des autres dispositions du contrat : cil@chapka.fr ou CHAPKA assurances – 31-35 rue de la Fédération – 75717 Paris cedex 15.

Toutes les communications incombant à l'assureur seront valablement faites au dernier domicile indiqué par le souscripteur.

3.7.1 DROIT D'ACCES ET DE RECTIFICATION

Les données communiquées par l'assuré dans le cadre de ce contrat sont destinées à Quatrem, responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé ayant pour finalité d'enregistrer et traiter la demande d'adhésion au contrat. Les informations demandées aux assurés, ainsi que celles produites à l'occasion de la gestion et de la conclusion de l'adhésion au contrat, sont nécessaires pour prendre en compte leur situation. Les questionnaires soumis doivent être complétés, datés, signés et transmis sous enveloppe, ou selon la procédure de confidentialité qui est proposée. Sauf opposition écrite de la part de l'assuré, ces informations peuvent être communiquées à nos mandataires, réassureurs ou organismes professionnels ainsi qu'à nos filiales et partenaires, dont la liste leur sera transmise sur simple demande, aux fins de les informer de nos offres de produits

et services. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, l'assuré bénéficie d'un droit d'accès et de rectification et le cas échéant de suppression aux informations le concernant, et peut, pour des motifs légitimes, s'opposer à leur traitement. L'assuré peut exercer ce droit en justifiant de leur identité à l'adresse suivante : « cil@chapka.fr ou CHAPKA assurances – 31-35 rue de la Fédération – 75717 Paris cedex 15 ».

3.7.2 ORGANISME DE CONTROLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de Quatrem est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

3.7.3 RECLAMATIONS - MEDIATION

L'assuré, et/ ou le souscripteur peuvent formuler toute réclamation au sujet du contrat ou de son exécution auprès du pôle réclamation de CHAPKA Assurances qui l'aidera à rechercher une solution.

Le Pôle Réclamations de CHAPKA Assurances peut être contacté :

- par courrier électronique adressé à : « cil@chapka.fr »
- ou à l'adresse suivante : CHAPKA assurances – 31-35 rue de la Fédération 75717 – Paris cedex 15

Si un accord n'est pas ainsi trouvé, il pourra demander un avis au médiateur. Le médiateur, personnalité extérieure à CHAPKA Assurances, MAI et Quatrem rend son avis en toute indépendance.

Les modalités de saisine du médiateur sont adressées sur simple demande auprès du Pôle Réclamations dont les coordonnées sont indiquées ci-dessus

3.7.4 SUBROGATION

Conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers responsables à concurrence de toutes prestations à caractère indemnitaire versée en application du contrat.

3.7.5 JURIDICTION COMPETENTE

Les références contractuelles à la législation sociale, fiscale, de la famille, des assurances sont celles applicables dans le cadre du droit français.

Toute difficulté liée à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera, à défaut de règlement amiable, portée devant le Tribunal de Grande Instance de Paris.

COTISATION

4.1 ASSIETTE ET MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation unique est exprimée en euros, en fonction notamment de l'âge de l'assuré et de la formule de garantie choisie.

La cotisation est déterminée selon ces critères à la date d'effet de l'adhésion et est indiquée sur le certificat d'adhésion de l'assuré.

4.2 MODALITÉS DE PAIEMENT

La cotisation unique mentionnée au certificat d'adhésion est payable à terme d'avance par l'assuré, dans les 10 jours qui suivent l'émission du certificat d'adhésion. Le payeur de cotisation est seul responsable de son paiement à l'égard de l'assureur.

4.3 TAXES ET CONTRIBUTIONS

Toute contribution ou taxe applicable ou qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite sera mise à la charge du débiteur de la cotisation et payable en même temps que cette dernière.

4.4 DÉFAUT DE PAIEMENT

L'assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement de la cotisation unique à l'adhésion. En cas de non-paiement de la cotisation mentionnée au certificat d'adhésion, au terme du délai de 10 jours suivant son échéance, Aon France mandaté par le souscripteur à cet effet, adresse une lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Conformément à l'article L141-3 du Code des Assurances, le non paiement d'une cotisation à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne de plein droit l'exclusion de l'adhérent au contrat dont l'adhésion se trouve alors résiliée.



CAP TEMPO FRANCE



CONTRAT DISTRIBUÉ PAR :



Aon France agissant sous le nom commercial Chapka Assurances.

Siège social | 31-35 rue de la Fédération | 75717 Paris Cedex 15

N° ORIAS 07 001 560 | SAS au capital de 46 027 140 euros
| 414 572 248 RCS Paris | N° de TVA intracommunautaire :
FR 22 414 572 248

Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.512-7 et L.512-6 du Code des assurances

CONTRAT SOUSCRIT PAR :

Chapka - Association de loi 1901 - Siège social: 31-35 rue de la Fédération, 75717 Paris cedex 15 - Date de publication au J.O. : 13/12/2014 - RNA n°W751227155

ASSUREURS :



malakoff médéric

La société d'assurance QUATREM, société anonyme au capital de 380 426 249 euros, régie par le code des assurances, 21 rue Laffitte - 75009 PARIS, 412 367 724 RCS Paris, société du groupe Malakoff Médéric.



Aon France

agissant sous le nom commercial **Chapka Assurances**.

Siège social

31-35 rue de la Fédération
75717 Paris Cedex 15
t +33(0)1 47 83 10 10
aon.fr

N° ORIAS 07 001 560

SAS au capital de 46 027 140 euros

414 572 248 RCS Paris

N° de TVA intracommunautaire : FR 22 414 572 248

Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.512-7 et L.512-6 du Code des assurances