

PREAMBULE :

Il a été conclu entre l'Association Schelland et certains assureurs de Lloyd's de Londres, un contrat d'assurance de groupe à adhésions facultatives régi par les conditions générales, les conventions spéciales, les conditions particulières, l'annexe et les certificats d'adhésions. L'Assureur a nommé Amaris Limited, Imperial House, 1 Harley Place, Bristol, BS8 3JT, Royaume-Uni, comme Gestionnaire. Ce dernier aura l'autorité pour faire étudier les demandes d'adhésion, encaisser les cotisations et gérer les sinistres jusqu'à leur règlement. Toutes correspondances et communications à l'Assureur relatives à ce Contrat devront être adressées directement à Amaris Limited.

DEFINITIONS :

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

SOUSCRIPTEUR : l'Association Schelland, signataire du Contrat au profit d'un ou plusieurs Adhérents.

ADHERENT : la ou les personnes physiques qui bénéficient des garanties du Contrat.

ASSUREUR : Certains assureurs de Lloyd's de Londres.

ASSURE : l'ensemble des Adhérents.

MALADIE : toute altération de la santé ou état pathologique, constaté, traité ou diagnostiqué par un docteur en médecine, consultant ou spécialiste diplômé.

Entre autres, sont considérés comme maladie :

- les dermatoses, mêmes produites par des agents extérieurs ;
- les varices, les sciatiques, les rhumatismes, les attaques de poliomyélite et d'épilepsie non traumatique ;
- les accidents cardiaques, cérébraux ou vasculaires, tels que rupture d'anévrisme ou apoplexie ;
- les syncopes et les lésions qui peuvent en résulter ;
- les suites d'efforts et de surmenage et leurs conséquences, tels que « tours de reins », lombagos, ruptures et déchirures musculaires ou tendineuses ;
- les hernies de toute nature ;
- les congélations, congestions, insulations et leurs suites et, en général, les suites d'influences atmosphériques ;
- les conséquences d'opérations chirurgicales subies par l'Adhérent autres que les opérations chirurgicales liées à un accident garanti par le présent ;
- les lésions causées par les rayons X, le radium et ses composés et dérivés sauf si elles résultent, pour la personne traitée, d'un fonctionnement défectueux ou d'une fausse manipulation des instruments.

AFFECTION DE LONGUE DUREE (ALD) : Affection inscrite sur la liste des 30 affections de longue durée (ALD 30) reconnues par la Sécurité Sociale Française et prises en charge à 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

ACCIDENT : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Adhérent, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Sont assimilés à un accident :

- les actes d'agression contre l'Adhérent ;
- l'asphyxie, la noyade ou l'hydrocution ;
- l'intoxication, l'empoisonnement ou les brûlures y compris par des gaz ou vapeurs, par des substances vénéneuses ou corrosives ou par des aliments avariés ;
- les morsures de serpents, les cas de rage ou de charbon consécutifs à des morsures ou des piqûres d'animaux ;
- l'électrocution, la chute de la foudre ;
- les piqûres infectieuses et leurs conséquences.

MATERNITE : l'état de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

NOUVEAUX-NE PREMATURE : la naissance d'un enfant avant que la période normale de grossesse ne soit terminée. Dans la plupart des systèmes de grossesse humaine, l'enfant est considéré prématuré lorsqu'il est né plus tôt que 37 semaines après le début de la dernière menstruation.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE (BRSS) OU TARIF DE RESPONSABILITE : le tarif de base utilisé par le régime de Sécurité Sociale Française pour le calcul de ses remboursements. Il est déterminé conventionnellement entre les organismes de la Sécurité Sociale, les Syndicats des praticiens et les établissements de soins.

DEPASSEMENT D'HONORAIRES : différence entre les dépenses réelles de l'Adhérent et la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER : participation forfaitaire pour chaque séjour en hôpital, en clinique, ainsi que dans tous les établissements, centres et maisons de soins, de convalescence et de repos.

PERIODE D'ATTENTE : la période qui suit le commencement de l'adhésion ou la majoration d'une garantie et à l'expiration de laquelle le droit aux prestations est acquis. La période d'attente se décompte depuis la prise d'effet de la garantie.

Les soins pratiqués pendant une période d'attente, les maladies et maternités dont les premiers symptômes apparaissent dans cette période, ou qui y sont médicalement constatés, traités ou diagnostiqués ne peuvent donner lieu au versement de prestations, même après la fin de la période d'attente.

HOSPITALISATION : Séjour médicalement prescrit, pendant une nuit au moins, dans un établissement de soins public ou privé agréé par le Ministère de la Santé, ayant pour but le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident. Les hospitalisations à domicile, les hospitalisations de jour et les cures sont considérées comme des 'soins courants'.

DELAI DE REFLEXION : Période après la signature de la demande d'adhésion pendant laquelle l'Adhérent a la possibilité de résilier son adhésion sans pénalités.

ARTICLE 1 :

Ce Contrat est régi par les conditions générales, les conventions spéciales, les conditions particulières et l'annexe.

ARTICLE 2 : OBJET ET ETENDUE DE L'ASSURANCE**BENEFICIAIRES**

Pour bénéficier des garanties du Contrat, l'Adhérent principal doit être membre, ex-membre ou membre honoraire de l'Association Schelland, Souscripteur du Contrat.

Sont bénéficiaires de l'assurance toutes les personnes inscrites sur le certificat d'adhésion et réglant leurs cotisations, soit l'Adhérent, son conjoint, ses enfants à charge jusqu'au 31 décembre de leur 20^{ème} anniversaire, ses derniers devant être souscrits leur propre contrat OPALE.

L'assurance a pour objet de rembourser les frais médicaux, de chirurgie, d'hôpital ou de clinique réellement exposés par l'Adhérent suite à une maladie, une affection de longue durée ou un accident survenant pendant la durée du Contrat, sur la base de l'option choisie par l'Adhérent, dans les limites choisies par le Souscripteur et indiquées dans le tableau des garanties, et sous réserve des exclusions. La garantie et le droit aux prestations cessent à la date de prise d'effet de la résiliation. L'épouse ou le concubin et les enfants à charge cessent d'être couverts quand l'Adhérent cesse d'être garanti, pour quelque cause que ce soit. Les garanties sont viagères, sous réserve que ce Contrat reste en cours. En cas de dégradation de son état de santé, l'Adhérent ne pourra pas être exclu du Contrat ou subir une majoration de cotisations.

ARTICLE 3 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE ET DUREE DU CONTRAT

La garantie est acquise à la date demandée par le proposant et au plus tôt le jour de réception de sa demande d'adhésion sous réserve d'un état de santé susceptible d'être accepté. Dans le cas où ce dernier point ne serait pas vérifié pour une ou plusieurs personnes notées(s) sur la demande d'adhésion, celle-ci serait soumise à l'Assureur pour acceptation. Jusqu'à notification de la réponse de l'Assureur, la garantie est acquise pour tout risque accidentel avec un maximum de deux mois à compter de la souscription. L'Assureur se réserve le droit de demander toute justification de l'état de santé ou examen médical. Ce qui précède ne concerne pas les enfants nouveaux-nés d'un Adhérent cotisant depuis plus de trois (3) mois qui sont inscrits dans les deux (2) mois de leur naissance. Pour les enfants nouveaux-nés prématurés d'un Adhérent cotisant depuis plus de trois (3) mois, une demande d'adhésion doit être complétée pour l'enfant dans les quatorze (14) jours de sa naissance.

La prise d'effet du Contrat est subordonnée au règlement de la première cotisation.

RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai de réflexion de 30 jours à compter de la notification de l'Assureur de l'acceptation de l'adhésion pour y renoncer. L'Adhérent doit alors adresser au Gestionnaire une lettre recommandée avec accusé de réception suivant ce modèle : « Je soussigné(e) : (Nom et Prénom) Né le : Demeurant : déclare renoncer à ma demande d'adhésion au contrat OPALE effectuée le Fait à Le Signature. »

DELAIS D'ATTENTE

Garanties Premier Euro (100%) et Premier Euro Economique (consultations exclues) :

- Aucune période d'attente pour accident. Un certificat médical précisant qu'il s'agit d'un accident sera exigé.

- 3 mois pour maladie et soins courants.

-10 mois pour maternité.

- 9 mois pour prothèse dentaire et traitement d'orthodontie, traitement de psychothérapie et de neurologie, prothèse et appareillage orthopédique et auditif, cure thermique et hélio marine, maladie sexuellement transmissible.

Garantie Hospitalisation :

- Aucune période d'attente pour accident. Un certificat médical précisant qu'il s'agit d'un accident sera exigé.

- 3 mois pour maladie et soins courants.

-10 mois pour maternité.

- 9 mois pour traitement de psychothérapie et de neurologie, prothèse et appareillage orthopédique et auditif, cure thermique et hélio marine, maladie sexuellement transmissible.

Garantie Complémentaire :

-10 mois pour maternité (Niveau 2).

- 6 mois pour prothèse dentaire et traitement d'orthodontie (Niveau 2).

- Aucune période d'attente pour le Niveau 1.

La période d'attente est supprimée :

- Si l'Adhérent peut justifier du bénéfice d'un régime précédent équivalent et dont les garanties ont cessé depuis 3 mois au maximum à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion (fournir un certificat de radiation détaillé ou un justificatif équivalent, et le détail des garanties précédentes).

-Pour les nouveaux-nés inscrits avant la fin de leur deuxième mois (à condition que les parents aient cotisé depuis plus de trois mois).

DUREE DE L'ASSURANCE, RESILIATION : L'échéance principale est fixée au 1^{er} janvier. Le Contrat étant conclu depuis sa date d'effet jusqu'à la prochaine échéance principale. Le Contrat sera reconduit tacitement tous les ans pour une période de 12 mois. L'Assureur, le Souscripteur et l'Adhérent peuvent user des facultés de résiliation selon les conditions ci-après :

- Par l'Assureur

* lorsque l'Adhérent ne répond plus aux conditions requises pour faire partie du groupe.

* en cas de non paiement des cotisations, ou s'il y a eu tromperie, omission ou inexactitude par l'Adhérent, à la souscription ou en cours de contrat (dans ces cas les prestations ne pourront pas être versées pour les événements survenus avant la date de la résiliation).

- Par le Souscripteur ou l'Adhérent

* par la volonté du Souscripteur ou l'Adhérent notifiée par lettre recommandée adressée un mois au moins avant l'échéance.

* en cas de révision tarifaire, le Souscripteur ou l'Adhérent devant alors notifier sa résiliation dans les quinze jours qui suivent le moment où il a eu connaissance du nouveau tarif. La résiliation est effective un mois après la notification par lettre recommandée.

COTISATIONS : La cotisation (éventuelles taxes comprises) est fonction de l'âge de l'Adhérent à l'adhésion et ce jusqu'à 80 ans. La cotisation évolue chaque année en fonction de la consommation médicale du groupe garanti par le présent contrat collectif. Elle est payable d'avance annuellement. L'Assureur consent toutefois à un fractionnement mensuel, trimestriel ou semestriel.

En cas d'admission ou d'exclusion en cours d'année, la cotisation n'est due qu'au prorata, sauf en cas de non-paiement de cotisations où l'Assureur a le droit également à la partie de la cotisation annuelle échue correspondant à la période postérieure à la résiliation.

NON PAIEMENT DE COTISATIONS : Le paiement d'une cotisation ne maintient la garantie en vigueur que jusqu'à la date d'échéance de la cotisation suivante. Les garanties sont suspendues tant que la cotisation n'est pas réglée. Si l'une des cotisations n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, le Gestionnaire adressera à l'Adhérent une lettre recommandée l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 30 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties, et 10 jours plus tard la résiliation de l'adhésion. Aucune prestation n'est due pour les soins et hospitalisations pratiqués pendant la suspension des garanties, ni pour les suites de maladie, accident ou maternité médicalement constatés dans cette période ou qui y ont pris naissance. Le Gestionnaire informera régulièrement le Souscripteur de la situation des adhésions du Contrat.

ARTICLE 4 : GARANTIES

EVENEMENTS ASSURES : L'Assureur rembourse directement ou via le Gestionnaire ou un de ses organismes gestionnaires mandatés les frais exposés par l'Adhérent pour son compte et celui des membres de sa famille, dans les limites des frais réels, à condition qu'ils soient médicalement prescrits et garantis par les conditions particulières.

PLAFONDS : Après déduction d'éventuelles prestations d'autres organismes de prévoyance, les remboursements, ou prises en charge sont effectués dans les limites indiquées dans les tableaux de garantie, sans toutefois pouvoir dépasser le montant des frais réellement engagés.

ARTICLE 5 : EXCLUSIONS

Sont exclus tous les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou résultant de maladie, d'accident ou d'infirmité antérieure à cette date (sauf accord Assureur).

Sont également exclus tous les frais résultant de maladie, d'accident ou d'infirmité dont la première constatation médicale est postérieure à la cessation des garanties.

Tout sinistre provoqué ou causé intentionnellement par l'Adhérent est exclu du bénéfice de la garantie.

L'Assureur est déchargé du paiement des sinistres pour des soins et/ou infirmités, frais et dépenses :

- consécutifs à la participation aux activités suivantes : service militaire, guerre étrangère ou civile, violences bagarres, grèves, lock-outs, émeutes, révoltes, révolutions, insurrection, rixe (sauf cas de légitime défense), terrorisme, pouvoir militaire ou usurpé ou acte illégal, y compris l'emprisonnement en résultant.

- consécutifs aux maladies et/ou accidents provenant de courses, matches, ou paris, de tentatives de records (sauf compétition sportive normale), d'exhibition, d'acrobaties, d'aviation (sauf s'il s'agit de l'assurance comme passager de lignes commerciales régulières).

- consécutifs au déclenchement d'armes de destruction massive (nucléaire, chimique ou biologique), d'ordre explosif ou non-explosif.

- consécutifs aux maladies et/ou accidents causés par l'ivresse, l'alcoolisme ou l'usage de stupéfiants.

- non causés directement par une maladie ou un accident, par exemple cures de rajeunissement, d'amaigrissement ou d'engraissement, cures de sommeil, de désintoxication, traitements esthétiques (sauf s'ils sont consécutifs à un accident dont la garantie est acquise), etc.

- consécutifs à des atteintes à la santé dues à des explosions ou radiations causées par réaction nucléaire, transmutation du noyau de l'atome ou radioactivité.

- d'interruption volontaire de grossesse non nécessitée par un état de santé.

- de neuropsychiatrie caractérisée, à l'exception des maladies psychiatriques normalement prises en charge par la Sécurité Sociale Française dans le cadre des ALD.

- générés suite à la pratique des sports suivants : parachutisme, rallyes et compétitions avec usage de véhicules terrestres à moteurs, ULM et delta plane.

- consécutifs aux frais de tous les séjours, quelle que soit la nature de l'établissement, normalement pris en charge selon les critères prévus pour les longs séjours.

- chambres particulières et forfaits journaliers dans les cas suivants : maison de repos, de convalescence, de neuropsychiatrie, de rééducation, de gérontologie, de diététique, ainsi que des établissements similaires.

- engagés par des enfants nouveaux-nés prématurés après 14 jours à partir de la date de naissance jusqu'à 30 jours suivant la sortie de l'hôpital.

Le fait que l'Assureur ait payé des prestations, même à plusieurs reprises, n'implique pas qu'il renonce tacitement à appliquer une restriction ou une exclusion prévue au Contrat.

ARTICLE 6 : SINISTRES

Les sinistres devront être déclarés aux Assureurs ou leurs représentants, sur imprimés prévus à cet effet et mis à la disposition de l'Adhérent. Ils seront impérativement réglés par chèque ou virement à l'ordre de l'Adhérent. Les frais de soins sont remboursés par l'Assureur ou le Gestionnaire dans les meilleurs délais et, en tout cas, dans le mois qui suit la remise des pièces justificatives. En cas de demande de règlement d'une facture par un hôpital, une clinique, un pharmacien, un radiologue ou un laboratoire, l'Assureur ou le Gestionnaire paiera l'établissement à la place de l'Adhérent dans la limite des garanties.

FORMALITES : La feuille de soins originale dûment complétée et signée est nécessaire pour prétendre aux remboursements ainsi que les notes et factures détaillées complémentaires attestant la dépense réelle et la nature des actes accomplis. Une demande d'entente préalable doit être adressée à l'Assureur ou aux services de l'organisme gestionnaire pour l'orthodontie ainsi que les séances de kinésithérapie et d'orthophonie. A défaut, le remboursement serait limité. Le cumul des divers remboursements obtenus par un Adhérent ne peut excéder la dépense réelle. Il sera donc obligatoirement tenu compte des remboursements précédents. Les frais engagés hors de l'Espace Economique Européen ou la Suisse sont remboursables quel que soit le pays concerné pour tout séjour n'excédant pas 3 mois. Ils sont pris en charge d'après la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale Française en Euros et sous réserve qu'ils aient été médicalement prescrits. Le reçu et la facture devront être envoyés simultanément à l'organisme gestionnaire.

INDEMNITES JOURNALIERS EN CAS D'HOSPITALISATION : Pour obtenir le paiement des prestations prévues l'Adhérent doit remettre au Gestionnaire un certificat médical précisant le nombre de nuits consécutives passées à l'hôpital ainsi que le motif de l'hospitalisation. Les prestations sont versées à l'Adhérent mensuellement à terme échu à partir du 4^{ème} nuit d'hospitalisation, et ce jusqu'à la sortie de l'hôpital ou jusqu'au 365^{ème} nuit consécutive à l'hôpital, sous réserve d'un maximum EUR 27.080,00 par hospitalisation prise en charge.

Lorsque l'Adhérent est victime d'un accident dans lequel la responsabilité d'un tiers est engagée, il doit déclarer cet accident à l'Assureur dès que possible. En fait, celui-ci a le droit de réclamer au responsable le remboursement des prestations qu'il verse à la suite de l'accident au moyen d'un recours. L'Adhérent effectuera, facilitera et permettra tous les actes nécessaires ou requis par l'Assureur pour faire valoir ses éventuels droits ou interner une action contre ce tiers. Si ce recours ne pouvait s'exercer du fait de l'Adhérent, la garantie de l'Assureur cesserait d'être engagée dans la mesure où le recours aurait pu s'exercer. L'Adhérent devra se prêter à toute expertise ou examen que l'Assureur jugera bon de lui demander, sous peine de déchéance.

DELAI DE CONTESTATION : Tout règlement de sinistre ne pourra être contesté que dans la limite de trois mois. Cette contestation ne pourra être faite que par lettre recommandée adressée directement à l'Assureur ou au Gestionnaire.

ARTICLE 7 : PRESCRIPTIONS

Toutes les actions dérivant du présent Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

ARTICLE 8 : TERRITORIALITE

Les Adhérents peuvent être de quelle nationalité que ce soit mais doivent résider dans l'Espace Economique Européen ou la Suisse. Les garanties sont acquises hors de ces territoires pour tout séjour n'excédant pas trois mois.