

**RÈGLEMENT MUTUALISTE DE LA
SOCIÉTÉ MUTUALISTE DES ÉTUDIANTS DE LA RÉGION ANTILLES GUYANE
S.M.E.R.A.G.**

Assemblée Générale du 28 avril 2018

SOCIÉTÉ MUTUALISTE DES ÉTUDIANTS DE LA RÉGION ANTILLES GUYANE (S.M.E.R.A.G.),
Mutuelle relevant des dispositions du livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège au 35 rue Victor
Schœlcher - 97200 FORT DE FRANCE. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro : 402 127 146.
La SMERAG est soumise au contrôle de l'ACPR – Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution :
4 Place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

Pour tout renseignement ou contact, s'adresser à :
SMERAG - CS 61136 - 97249 Fort de France Cedex (uniquement par courrier)
ou sur internet www.smerag.fr.



REGLEMENT MUTUALISTE	P. 3
NATURE ET OBJET DU RÈGLEMENT	P. 3
TITRE I : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS	P. 3
Chapitre I - Adhésion	P. 3
Chapitre II - Membres participants et ayants droits	P. 4
Chapitre III - Renonciation – radiation – suspension et résiliation	P. 4
Chapitre IV - Obligations des adhérents envers la Mutuelle – COTISATIONS	P. 5
TITRE II : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS	P. 7
Chapitre I - Prestations accordées par la mutuelle	P. 7
Chapitre II - Subrogation	P. 12
Chapitre III - Information des adhérents-traitement des réclamations	P. 13
NOTICES D'INFORMATIONS RELATIVES AUX GARANTIES PROPOSEES PAR LA SMERAG DANS LE CADRE DE CONTRATS COLLECTIFS SOUSCRITS PAR LA SMERAG AUPRES DE TIERS ASSUREURS	P. 14
CONVENTION D'ASSISTANCE	P. 14
I - POUR TOUTE DEMANDE D'ASSISTANCE	P. 14
II - DÉFINITIONS ET CONDITIONS D'ACCÈS AUX PRESTATIONS	P. 14
III - LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE	P. 14
IV - EXCLUSIONS ET CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES	P. 16
V - SUBROGATION	P. 17
VI - PRESCRIPTION	P. 17
RESPONSABILITÉ CIVILE	P. 17
ANNEXES	P. 20

RÈGLEMENT MUTUALISTE

NATURE ET OBJET DU RÈGLEMENT

Conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la mutualité, le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

À l'égard des membres participants et leurs ayant-droits, le contrat est constitué par :

- le BULLETIN D'ADHÉSION,
- la CARTE D'ADHÉRENT,
- les STATUTS,
- le PRÉSENT RÈGLEMENT MUTUALISTE.

Le présent règlement mutualiste s'applique sans préjudice des dispositions du Code de la Mutualité.

Les dispositions du règlement mutualiste peuvent être modifiées par le conseil d'administration de la Mutuelle dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Les modifications sont opposables aux membres participants et ayants droits dès leur notification aux membres participants.

Les déclarations des membres participants servent de base au contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur.

SUBSTITUTION

Les membres participants sont informés que la Mutuelle est substituée dans ses droits et obligations par l'Union Mutualiste Générale de Prévoyance, UMGP, union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 316 730 662, dont le siège est situé au 28, rue Fortuny - 75017 PARIS.

TITRE I : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Chapitre I - Adhésion

Article 1 - Modalités d'adhésion

Acquièrent la qualité de membres participants de la Mutuelle, les personnes physiques qui remplissent les conditions définies à l'article 8 des statuts et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion. Les membres participants sont ci-après dénommés « adhérents ».

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent, qui est impérativement précédée, en vertu des articles L.221-4 et L.221-18 du Code de la mutualité, de la communication préalable à l'adhérent des statuts, du règlement mutualiste et du bulletin d'adhésion, emporte, ainsi que le déclare expressément l'adhérent, acceptation desdits documents et des droits et obligations qu'ils édictent.

Article 2 - Prise d'effet et durée des garanties

1 - Garanties annuelles : Pour les adhérents ayant souscrit à l'une des garanties annuelles suivantes : Hospitalière SMERAG, Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG ou Totale SMERAG,

l'ouverture des droits prend effet au 1^{er} octobre de l'année N (ou, si elle est antérieure au 1^{er} octobre, à la date de rentrée dans l'établissement d'inscription), à condition toutefois que la cotisation soit versée au plus tard le 31 décembre de l'année N.

L'adhésion vient à échéance le 30 septembre suivant. Elle se reconduit ensuite tacitement, conformément aux dispositions de l'article 10 du présent règlement mutualiste (hormis la garantie Hospitalière SMERAG qui n'est pas en tacite reconduction).

Par exception aux dispositions ci-dessus, pour les scolarités en rentrée décalée et sur présentation d'un justificatif émanant de l'établissement d'enseignement supérieur, l'ouverture des droits prend effet le jour de la rentrée, pour une durée d'une année de date à date, l'adhésion à la Mutuelle devant intervenir dans le mois de la rentrée.

2 - Garanties au prorata : pour les adhérents souhaitant souscrire au prorata « 9 mois », « 6 mois » ou « 3 mois » à l'une des garanties suivantes : Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG ou Totale SMERAG, il est précisé que :

- les garanties au prorata « 9 mois » ne sont disponibles à la souscription qu'à compter du 1^{er} janvier,
- les garanties au prorata « 6 mois » ne sont disponibles à la souscription qu'à compter du 1^{er} avril,
- les garanties au prorata « 3 mois » ne sont disponibles à la souscription qu'à compter du 1^{er} juillet.

Pour ces garanties, l'ouverture des droits prend effet au lendemain à 0h de la date de signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent.

Toutefois, pour les adhérents pouvant produire un certificat de radiation, datant de moins d'un mois, d'une mutuelle leur ayant servi des prestations complémentaires de l'Assurance Maladie semblables à celles fournies par la SMERAG, l'adhésion prend effet à la date de la radiation (sans toutefois pouvoir rétroagir au-delà des dates précitées du 1^{er} janvier pour le prorata 9 mois, du 1^{er} avril pour le prorata 6 mois et du 1^{er} juillet pour le prorata 3 mois).

Dans tous les cas, l'adhésion vient à échéance le 30 septembre. L'adhésion se reconduit ensuite tacitement, conformément aux dispositions de l'article 10 du présent règlement mutualiste.

3 - Autres garanties : en ce qui concerne le Pack SMERAG et l'Assurance Étudiante SMERAG :

pour toutes les adhésions réalisées entre le 1^{er} juillet de l'année N et le 30 juin de l'année N+1, l'ouverture des droits prend effet le lendemain du jour de l'encaissement de la cotisation et est valable jusqu'au 30 septembre de l'année N+1. L'adhésion se reconduit ensuite tacitement conformément aux dispositions de l'article 10 du présent règlement mutualiste, sauf pour l'Assurance Étudiante SMERAG (qui n'est pas en tacite reconduction).

Article 3 - Changement de garantie en cours d'année universitaire ou scolaire

Sauf pour le Pack SMERAG (vendu seul), l'Assurance Étudiante SMERAG et l'Hospitalière SMERAG, le changement de garantie en cours d'année universitaire ou scolaire au profit d'une garantie inférieure ou supérieure est possible, dans la limite d'une fois par année, selon les modalités décrites ci-après.

Le changement de garantie doit être demandé par l'adhérent par l'envoi à la Mutuelle d'une lettre recommandée avec accusé de réception, à l'adresse suivante : **SMERAG – Service Adhésions - CS 61136 - 97249 FORT DE FRANCE Cedex**. La Mutuelle se réserve le droit de réclamer tout document complémentaire (carte

mutuelle, attestation sur l'honneur et tout autre document qu'elle jugera utile pour l'étude du dossier).

Les deux garanties ne sont pas cumulables.

1) Pour pouvoir changer au profit d'une garantie inférieure, l'adhérent ne doit pas avoir engagé la Mutuelle dans le paiement d'une prestation et/ou d'un forfait supérieur à ceux proposés dans la nouvelle garantie souhaitée. Si l'adhérent a déjà acquitté intégralement sa cotisation, la Mutuelle lui rembourse, par virement bancaire, la différence entre le montant de la cotisation réglée et celui de la cotisation relative à la garantie inférieure choisie. En cas de paiement fractionné de la cotisation, la Mutuelle réduit en conséquence le montant des prélèvements restant à percevoir.

2) Le changement au profit d'une garantie supérieure est possible moyennant le paiement, par l'adhérent, de la différence entre la cotisation de la garantie initiale et celle due au titre de la garantie supérieure (étant précisé que l'augmentation de cotisation résultant de ce changement n'est appliquée qu'à compter de la date de prise d'effet de la garantie supérieure). En cas de paiement fractionné de la cotisation, il est tenu compte de l'augmentation correspondante dans les échéances de prélèvement restantes.

Dans tous les cas, la prise d'effet de la nouvelle garantie (inférieure ou supérieure) se fait au lendemain, à 0h, de la date de réception par la Mutuelle de la lettre recommandée de l'adhérent sollicitant le changement de garantie.

Article 4 - Information de la Mutuelle sur les modifications intervenant en cours d'année

L'adhérent doit informer la Mutuelle de toute modification survenant au cours de l'adhésion, en lui transmettant les pièces justificatives nécessaires. Ces modifications peuvent notamment porter sur :

- l'inscription ou la radiation d'ayants droit,
- le changement d'adresse de l'adhérent,
- le changement de statut (ex : de salarié à étudiant non salarié ou d'étudiant à étudiant salarié),
- le changement de coordonnées bancaires pour les prélèvements ou pour le versement des prestations,
- le changement de régime matrimonial.

Chapitre II - Membres participants et ayants droits

Article 5 - Catégories de personnes garanties – conditions d'affiliation des ayants droit

Les personnes susceptibles de bénéficier des garanties de la Mutuelle sont, d'une part, les membres participants (adhérents) de la Mutuelle et, d'autre part, lorsque les garanties souscrites le permettent, les ayants droit dont les adhérents sollicitent l'affiliation, dans les conditions définies ci-après.

Pour les garanties Pack SMERAG, Assurance Etudiante SMERAG et Hospitalière SMERAG, seul l'adhérent est garanti, sans faculté d'y affilier des ayants droit.

Pour les garanties Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG, l'adhérent peut, moyennant le paiement d'une cotisation additionnelle dont le montant est indiqué ci-après et sur présentation de justificatifs (livret de famille, acte de naissance, pièce d'état civil, avis d'imposition ou de non-imposition faisant état des enfants à charge, et tout document que la SMERAG jugera utile pour l'étude du dossier), demander l'affiliation des ayants droit appartenant aux catégories suivantes :

- Le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à condition qu'il ne soit pas lui-même étudiant, moyennant le paiement d'une cotisation additionnelle égale à 100% de la cotisation de l'adhérent (les conjoints étudiants ne

sont pas rattachables en qualité d'ayants droit et doivent adhérer à la Mutuelle en qualité de membres participants),

- Les enfants mineurs - excepté les lycéens de Seconde, Première et Terminale - qui sont à charge de l'adhérent, moyennant le paiement d'une cotisation additionnelle égale à 50% de la cotisation de l'adhérent. Toutefois, l'année universitaire de sa naissance, l'enfant est pris en charge gratuitement et bénéficie de la garantie du parent auquel il est rattaché.

Dans tous les cas, les ayants droit affiliés bénéficient obligatoirement de la même garantie que celle de l'adhérent auquel ils sont rattachés et bénéficient donc des taux de remboursement de ladite garantie.

Chapitre III - Renonciation – radiation – suspension et résiliation

Article 6 - Renonciation à l'adhésion

L'adhérent peut renoncer à son adhésion, pendant un délai de 30 jours calendaires, en envoyant à la Mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception (voir le modèle de lettre en Annexe 1 - téléchargeable sur notre site internet www.smerag.fr - au présent règlement mutualiste à l'adresse suivante : **SMERAG - Service Adhésions - CS 61136 - 97249 FORT DE France Cedex**). Ce délai de 30 jours court à compter de la date à laquelle l'adhérent est informé que la garantie a pris effet.

En cas d'exercice par l'adhérent de sa faculté de dénonciation, la Mutuelle lui restitue intégralement les cotisations versées sauf, le cas échéant, la fraction de cotisation proportionnelle aux prestations fournies par la SMERAG à l'adhérent pendant le délai de renonciation.

Article 7 - Radiation

Font l'objet d'une radiation de la Mutuelle :

1/ les adhérents dont les garanties ont été résiliées pour défaut de paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article 8 du présent règlement mutualiste.

2/ les adhérents dont les garanties ont été résiliées conformément aux dispositions de l'article L.221-17 du Code de la mutualité, telles que rappelées ci-après :

Sous réserve des dispositions législatives en vigueur, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties (la Mutuelle ou l'adhérent) :

- lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement,
- en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession ou de cessation définitive d'activité professionnelle.

Et lorsque la situation antérieure était en relation directe avec la garantie de risques qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les 3 (trois) mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation, sur présentation des photocopies des justificatifs.

La résiliation prend effet 1 (un) mois après réception de sa notification adressée par lettre recommandée avec accusé de réception par l'adhérent à la Mutuelle : **SMERAG - Service Adhésions - CS 61136 - 97249 FORT DE FRANCE Cedex**.

Pour les garanties mutualistes Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG, la mutuelle rembourse à l'adhérent

la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation, déduction faite du montant de l'Assurance Étudiante SMERAG.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la Mutuelle dans les cas de résiliation susmentionnés.

Pour le Pack SMERAG, l'Assurance Étudiante SMERAG et l'Hospitalière SMERAG, la mutuelle ne rembourse pas à l'adhérent sa cotisation.

Article 8 - Suspension et résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 (dix) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 (trente) jours après la mise en demeure du membre participant. Dans le cas d'une cotisation annuelle fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties 10 (dix) jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration des délais prévus aux alinéas précédents, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que les frais de poursuites et de recouvrement, dont notamment ceux visés à l'article 11 du présent règlement.

Chapitre IV - Obligations des adhérents envers la Mutuelle

COTISATIONS

Article 9 - Montants et modalités de paiement des cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation qui varie en fonction de la garantie choisie et en fonction de la couverture, ou non, d'ayants droit inscrits. Cette cotisation est affectée pour partie, à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle et, pour partie, à la couverture des risques portés par d'autres organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurances avec lesquels la Mutuelle a souscrit des contrats collectifs pour compléter ses propres garanties.

Sont comprises dans la cotisation, les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes désignés ci-après :

- emeVia, dont le siège social se situe au 250, Rue Saint Jacques 75005 – PARIS,
- U.M.G.P. (Union Mutualiste Générale de Prévoyance), dont le siège social se situe au 28, rue Fortuny 75017 PARIS.

La cotisation est fixée forfaitairement.

1 - Cotisations des garanties annuelles :

Les cotisations peuvent être réglées, soit en un paiement unique lors de l'adhésion ou de la reconduction, soit, pour certaines d'entre elles, par paiement fractionné, selon les modalités décrites

ci-après.

a) En paiement unique lors de l'adhésion ou de la reconduction (période du 1^{er} octobre de l'année N jusqu'au 30 septembre de l'année N+1)

Garanties **	Adhérent	Conjoint non étudiant inscrit comme ayant droit	Enfant inscrit comme ayant droit*
Hospitalière SMERAG	35 €	-	-
Minimale SMERAG	120 €	120 €	60 €
Fondamentale SMERAG	354 €	354 €	177 €
Totale SMERAG	528€	528 €	264 €
Pack SMERAG	27 €	-	-
Assurance Etudiante SMERAG	14 €	-	-

* sauf l'année universitaire de la naissance, pendant laquelle l'enfant est garanti en qualité d'ayant droit sans contrepartie de cotisation.

** les garanties doivent être les mêmes pour l'adhérent et les ayants droit inscrits.

b) En paiement fractionné (période du 1^{er} octobre de l'année N jusqu'au 30 septembre de l'année N+1) :

Les cotisations des garanties Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG peuvent être acquittées par l'adhérent au moyen d'un paiement mensuel, à condition que l'adhésion soit réalisée au plus tard le 31 décembre de l'année N (cachet de la poste faisant foi) et moyennant des frais de gestion relatifs aux prélèvements bancaires de 8 euros par contrat.

Dans ce cas, l'adhérent doit s'acquitter, lors de l'adhésion, d'une somme correspondant aux deux premières mensualités, auxquelles s'ajoutent les 8 euros de frais de gestion relatifs aux prélèvements bancaires.

Le solde de cotisation est ensuite acquitté en cinq échéances mensuelles successives, par prélèvement bancaire exclusivement. Ces échéances de paiement sont fixées du 10 janvier au 10 mai de l'année universitaire considérée.

Tableau récapitulatif du paiement fractionné de la cotisation annuelle - année universitaire :

Garanties **	Adhérent	Conjoint non étudiant inscrit comme ayant droit	Enfant inscrit comme ayant droit*
Minimale SMERAG	28 € à l'adhésion, puis 5 x 20 € (100 €), soit un total de 128 €	20 € à l'adhésion, puis 5 x 20 € (100 €), soit un total de 120 €	10 € à l'adhésion, puis 5 x 10 € (50 €), soit un total de 60 €
Fondamentale SMERAG	67 € à l'adhésion, puis 5 x 59 € (295 €), soit un total de 362 €	59 € à l'adhésion, puis 5 x 59 € (295 €), soit un total de 354 €	29,50 € à l'adhésion, puis 5 x 29,50 € (147,50 €), soit un total de 177 €
Totale SMERAG	96 € à l'adhésion, puis 5 x 88 € (440 €), soit un total de 536 €	88 € à l'adhésion, puis 5 x 88 € (440 €), soit un total de 528 €	44 € à l'adhésion, puis 5 x 44 € (220 €), soit un total de 264 €

* sauf l'année universitaire de la naissance, pendant laquelle l'enfant est garanti en qualité d'ayant droit sans contrepartie de cotisation.

** les garanties doivent être les mêmes pour l'adhérent et les ayants droit inscrits.

S'agissant des contrats renouvelés par tacite reconduction, les prélèvements s'effectueront sur 12 mois (d'octobre à septembre) et les 8 euros de frais de gestion seront inclus au 1^{er} prélèvement du mois d'octobre.

L'adhérent se doit de signifier à la Mutuelle les mises à jour du Mandat SEPA suite à des modifications le concernant (ex : changement de compte ou de banque). En cas de défaut de paiement de l'une des échéances fixées, le versement des prestations sera suspendu jusqu'au parfait paiement. Il sera versé à l'adhérent, rétroactivement, les prestations de la garantie, une fois la cotisation effectivement acquittée.

2 - Cotisation des garanties prorata temporis :

a) Cotisation prorata temporis pour 9 mois

Les cotisations des garanties **Minimale SMERAG**, **Fondamentale SMERAG** et **Totale SMERAG** souscrites au prorata « 9 mois » peuvent être réglées, soit en un paiement unique lors de l'adhésion, soit par paiement fractionné, selon les modalités décrites ci-après.

i) En paiement unique lors de l'adhésion (adhésion possible à compter du 1^{er} janvier de l'année N+1 et courant jusqu'au 30 septembre de l'année N+1)

Garanties **	Adhérent	Conjoint non étudiant inscrit comme ayant droit	Enfant inscrit comme ayant droit*
Minimale SMERAG	90 €	90 €	45 €
Fondamentale SMERAG	265,50 €	265,50 €	132,75 €
Totale SMERAG	396 €	396 €	198 €

* sauf l'année universitaire de la naissance, pendant laquelle l'enfant est garanti en qualité d'ayant droit sans contrepartie de cotisation.

** les garanties doivent être les mêmes pour l'adhérent et les ayants droit inscrits.

ii) En paiement fractionné (adhésion possible à compter du 1^{er} janvier de l'année N+1 et courant jusqu'au 30 septembre de l'année N+1)

La cotisation prorata temporis pour 9 mois aux garanties Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG peut être acquittée par l'adhérent au moyen d'un paiement mensuel, pour toute adhésion jusqu'au 15 février de l'année N+1 (cachet de la poste faisant foi) moyennant des frais de gestion relatifs aux prélèvements bancaires de 5 euros par contrat.

Dans ce cas, l'adhérent doit s'acquitter, lors de l'adhésion, d'une somme correspondant aux deux premières mensualités, auxquelles s'ajoutent les 5 euros de frais de gestion relatifs aux prélèvements bancaires.

Le solde de cotisation est ensuite acquitté en trois échéances mensuelles successives, par prélèvement bancaire exclusivement. Ces échéances de paiement sont fixées du 10 mars au 10 mai de l'année universitaire considérée. L'adhérent se doit de signifier à la Mutuelle les mises à jour du Mandat SEPA suite à des modifications le concernant (ex : changement de compte ou de banque).

En cas de défaut de paiement de l'une des échéances de prélèvement fixées, le versement des prestations dans la garantie initialement choisie sera suspendu jusqu'au parfait paiement. Il sera versé à l'adhérent rétroactivement les prestations de la garantie effectivement acquittée.

Tableau récapitulatif des garanties prorata « 9 mois » en paiement fractionné :

Garanties **	Adhérent	Conjoint non étudiant inscrit comme ayant droit	Enfant inscrit comme ayant droit*
Minimale SMERAG	27,50 € à l'adhésion, puis 3 x 22,50 € (67,50 €), soit un total de 95 €	22,50 € à l'adhésion, puis 3 x 22,50 € (67,50 €), soit un total de 90 €	11,25 € à l'adhésion, puis 3 x 11,25 € (33,75 €), soit un total de 45 €
Fondamentale SMERAG	71,39 € à l'adhésion, puis 3 x 66,37 € (199,11 €), soit un total de 270,50 €	66,39 € à l'adhésion, puis 3 x 66,37 € (199,11 €), soit un total de 265,50 €	33,18 € à l'adhésion, puis 3 x 33,19 € (99,57 €), soit un total de 132,75 €
Totale SMERAG	104 € à l'adhésion, puis 3 x 99 € (297 €), soit un total de 401 €	99 € à l'adhésion, puis 3 x 99 € (297 €), soit un total de 396 €	49,50 € à l'adhésion, puis 3 x 49,50 € (148,50 €), soit un total de 198 €

* sauf l'année universitaire de la naissance, pendant laquelle l'enfant est garanti en qualité d'ayant droit sans contrepartie de cotisation.

** les garanties doivent être les mêmes pour l'adhérent et les ayants droit inscrits.

b) Cotisation prorata temporis pour 6 mois (adhésion possible à compter du 1^{er} avril de l'année N+1 et courant jusqu'au 30 septembre de l'année N+1)

Les cotisations des garanties **Minimale SMERAG**, **Fondamentale SMERAG** et **Totale SMERAG** souscrites au prorata « 6 mois » peuvent être réglées, soit en un paiement unique lors de l'adhésion, soit par paiement fractionné, selon les modalités décrites ci-après.

i) En paiement unique lors de l'adhésion (adhésion possible à compter du 1^{er} avril de l'année N+1 et courant jusqu'au 30 septembre de l'année N+1)

Garanties **	Adhérent	Conjoint non étudiant inscrit comme ayant droit	Enfant inscrit comme ayant droit*
Minimale SMERAG	60 €	60 €	30 €
Fondamentale SMERAG	177 €	177 €	88,50 €
Totale SMERAG	264 €	264 €	132 €

* sauf l'année universitaire de la naissance, pendant laquelle l'enfant est garanti en qualité d'ayant droit sans contrepartie de cotisation.

** les garanties doivent être les mêmes pour l'adhérent et les ayants droit inscrits.

ii) En paiement fractionné (adhésion possible à compter du 1^{er} avril de l'année N+1 et courant jusqu'au 30 septembre de l'année N+1)

La cotisation prorata temporis pour 6 mois aux garanties Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG peut être acquittée par l'adhérent au moyen d'un paiement mensuel, pour toute adhésion jusqu'au 15 mai de l'année N+1 (cachet de la poste faisant foi) moyennant des frais de gestion relatifs aux prélèvements bancaires de 5 euros par contrat.

Dans ce cas, l'adhérent doit s'acquitter, lors de l'adhésion, d'une somme correspondant aux deux premières mensualités, auxquelles s'ajoutent les 5 euros de frais de gestion relatifs aux prélèvements bancaires.

Le solde de cotisation est ensuite acquitté en deux échéances mensuelles successives, par prélèvement bancaire exclusivement. Ces échéances de paiement sont fixées les 10 juin et 10 juillet de l'année universitaire considérée. L'adhérent se doit de signifier à la

Mutuelle les mises à jour du Mandat SEPA suite à des modifications le concernant (ex : changement de compte ou de banque).

En cas de défaut de paiement de l'une des échéances de prélèvement fixées, le versement des prestations dans la garantie initialement choisie sera suspendu jusqu'au parfait paiement. Il sera versé à l'adhérent rétroactivement les prestations de la garantie effectivement acquittée.

Tableau récapitulatif des garanties prorata « 6 mois » en paiement fractionné :

Garanties **	Adhérent	Conjoint non étudiant inscrit comme ayant droit	Enfant inscrit comme ayant droit*
Minimale SMERAG	25 € à l'adhésion, puis 2 x 20€ (40 €), soit un total de 65 €	20 € à l'adhésion, puis 2 x 20 € (40 €), soit un total de 60 €	10 € à l'adhésion, puis 2 x 20 € (20 €), soit un total de 30 €
Fondamentale SMERAG	64 € à l'adhésion, puis 2 x 59€ (118 €), soit un total de 182 €	59 € à l'adhésion, puis 2 x 59 € (118 €), soit un total de 177 €	29,50 € à l'adhésion, puis 2 x 29,50 € (59 €), soit un total de 82,50 €
Totale SMERAG	93 € à l'adhésion, puis 2 x 88 € (176 €), soit un total de 269 €	88 € à l'adhésion, puis 2 x 88 € (176 €), soit un total de 264 €	44 € à l'adhésion, puis 2 x 44 € (88 €), soit un total de 132 €

* sauf l'année universitaire de la naissance, pendant laquelle l'enfant est garanti en qualité d'ayant droit sans contrepartie de cotisation.

** les garanties doivent être les mêmes pour l'adhérent et les ayants droit inscrits.

c) Cotisation prorata temporis pour 3 mois (adhésion possible à compter du 1^{er} juillet de l'année N+1 et courant jusqu'au 30 septembre de l'année N+1)

Les cotisations des garanties souscrites au prorata temporis pour 3 mois doivent être réglées par l'adhérent en un paiement unique. Dans ce cas, l'adhérent s'acquitte, lors de l'adhésion, du paiement d'un quart de cotisation annuelle, soit la somme de :

Garanties **	Adhérent	Conjoint non étudiant inscrit comme ayant droit	Enfant inscrit comme ayant droit*
Minimale SMERAG	30 €	30 €	15 €
Fondamentale SMERAG	88,50 €	88,50 €	44,25 €
Totale SMERAG	132 €	132 €	66 €

* sauf l'année universitaire de la naissance, pendant laquelle l'enfant est garanti en qualité d'ayant droit sans contrepartie de cotisation.

** les garanties doivent être les mêmes pour l'adhérent et les ayants droit inscrits.

Article 10 - Reconduction automatique et faculté de dénonciation annuelle – garanties sans reconduction automatique

1/ Les garanties Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG (qu'elles soient souscrites pour une année ou bien au prorata temporis) et le Pack SMERAG se renouvellent par tacite reconduction automatiquement à leur date d'échéance, pour 12 mois supplémentaires, sauf dénonciation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le membre participant à la Mutuelle (SMERAG – Service Adhésions – CS 61136 – FORT-DE-FRANCE), au moins deux mois avant la date d'échéance.

En l'espèce, la date d'échéance étant le 30 septembre de chaque année, la dénonciation doit parvenir à la mutuelle au plus tard le 30 juillet de la même année, le cachet de la Poste faisant foi. Le droit à

dénonciation annuelle de l'adhésion doit être rappelé avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Nonobstant les dispositions ci-dessus et conformément aux dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité, si l'avis d'échéance annuelle de cotisation est adressé à l'adhérent postérieurement au 15 juillet de l'année considérée, ce dernier est alors informé qu'il dispose d'un délai de 20 (vingt) jours, suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance, pour dénoncer son adhésion (le cachet de la Poste faisant foi).

2/ Les garanties Assurance Etudiante SMERAG et Hospitalière SMERAG ne sont pas en tacite reconduction. Elles expirent donc à l'issue de la période considérée et doivent, si l'adhérent le souhaite, être resouscrites pour la période suivante.

Article 11 - Frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement des cotisations

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

En cas de retard dans les paiements des cotisations, tous les frais de recouvrement (frais de recommandé, frais bancaires, frais d'huissier, etc.) sont à la charge de l'adhérent défaillant.

Lorsque le défaut de paiement résulte d'un rejet de prélèvement (bancaire ou par carte bancaire) ou d'un chèque impayé, la Mutuelle imputera à l'adhérent les frais dus ou engagés pour obtenir le paiement des montants de cotisations dues.

TITRE II : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS

Chapitre I - Prestations accordées par la Mutuelle

Article 12 - Principes généraux

La Mutuelle assure directement des prestations mutualistes complémentaires de l'Assurance Maladie du régime étudiant de la Sécurité sociale, ainsi que des prestations Individuelle Accident/Invalidité permanente.

Pour le service de ces prestations elle est substituée par l'UMGP.

Les prestations mutualistes servies aux adhérents qui ne sont pas affiliés au régime étudiant de la Sécurité sociale sont égales à celles qui leur seraient servies s'ils étaient affiliés à ce régime. Les taux de référence sont ceux indiqués par l'article R 322.1 du Code de la Sécurité sociale.

En cas de modification, en cours d'année universitaire, des prestations et taux de remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire, et sauf décision contraire du conseil d'administration de la Mutuelle, les montants des remboursements de la Mutuelle resteront identiques à ceux pratiqués avant cette modification.

Conformément aux dispositions légales, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ont un caractère indemnitaire et ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Si l'adhérent souscrit auprès de plusieurs assureurs ou groupements mutualistes des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit donner immédiatement à la Mutuelle connaissance des autres assurances ainsi souscrites. 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, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les actions dérivant des opérations régies par le présent règlement mutualiste sont prescrites par deux ans, de date à date, à compter de l'événement qui y donne naissance, soit à compter de la date de l'acte figurant sur la feuille de soins ou la facture.

Toutefois ce délai ne court :

1/ En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,

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

Toute demande portant sur les prestations doit donc, pour être recevable, parvenir à la Mutuelle (**SMERAG - CS 61136 - 97249 FORT-DE-FRANCE Cedex**), dans un délai maximum de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, sous réserve des exceptions prévues à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, telles que relatées au paragraphe précédent.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque. Dans une telle situation, l'adhérent devra fournir tout document que la Mutuelle jugera utile pour l'étude du dossier. Dans ce cas, les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Tout versement de prestations obtenu par l'adhérent au moyen de pratiques frauduleuses donnera lieu à un remboursement intégral desdites prestations à la Mutuelle outre, le cas échéant, le paiement de dommages et intérêts.

Article 13 - Composantes des diverses garanties SMERAG

Les prestations complémentaires de l'Assurance Maladie obligatoire du régime étudiant sont versées par la Mutuelle dans le cadre des garanties Hospitalière SMERAG, Pack SMERAG, Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG. Les prestations sont variables en fonction des garanties souscrites (voir annexe 2, 3 et 4).

La Mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire de 1 euro si celle-ci est due.

La Mutuelle ne prend pas en charge la franchise médicale forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale, applicable, dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, aux prestations et produits suivants remboursables par l'Assurance Maladie :

- les médicaments, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
- les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
- les transports effectués en taxis conventionnés, en véhicules sanitaires légers et ambulances, sauf en cas d'urgence.

Elle ne prend pas en charge la majoration de la participation des adhérents et de leurs ayants-droit visée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (non-respect du parcours de soins coordonné) ni les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes.

La garantie Pack SMERAG est composée :

- de la garantie Hospitalisation consécutive à un événement accidentel décrite à l'article 19 du présent règlement,
- de la garantie Individuelle Accident – Invalidité permanente décrite à l'article 20 du présent règlement,
- de la garantie Responsabilité Civile dont la notice d'Information est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la Mutuelle auprès d'ACE EUROPE),
- de l'assistance Voyages / déplacements / rapatriement dont la notice d'Information est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la Mutuelle auprès d'ACE EUROPE).

Les garanties du Pack SMERAG sont automatiquement incluses dans les garanties Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG que celles-ci soient souscrites pour l'année universitaire entière ou bien au prorata temporis.

La garantie Assurance Étudiante est composée :

- de la garantie Individuelle Accident – Invalidité permanente décrite à l'article 19 du présent règlement,
- de la garantie Responsabilité Civile dont la notice d'information est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la Mutuelle auprès d'ACE EUROPE),
- de l'assistance Voyages / déplacements / rapatriement, dont la notice d'Information est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la Mutuelle auprès d'ACE EUROPE).

Les garanties de l'Assurance Etudiante sont automatiquement incluses dans les garanties Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG, Totale SMERAG, que celles-ci soient souscrites pour l'année universitaire entière ou bien au prorata temporis.

Article 14 - Contenu des forfaits et prestations incluses, selon les garanties SMERAG souscrites

Tout ayant droit affilié par l'adhérent bénéficie, au même titre que l'adhérent lui-même, des forfaits inclus dans la garantie choisie.

Pour les garanties annuelles Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG :

Selon la garantie souscrite, les forfaits prennent en charge les prestations visées ci-après, uniquement sur présentation de la facture acquittée portant le cachet complet et le numéro d'identifiant du professionnel de santé obligatoirement conventionné (sauf en ce qui concerne le forfait naissance, pour lequel il n'est pas requis de facture) :

- **un forfait « cure sevrage tabagique »** : en complément du remboursement sécurité sociale de 50 euros par an :
=> forfait de 30 euros par année universitaire pour les adhérents de la Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG.

- **un forfait « pilule contraceptive »** :
=> forfait de 40 euros par année universitaire pour les adhérents de la Fondamentale SMERAG
=> forfait de 60 euros par année universitaire pour les adhérents de la Totale SMERAG.

- **un forfait « pilule du lendemain »** :
=> forfait de 10 euros par année universitaire pour les adhérents des garanties Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG.

- **un forfait « cure », lié à la cure thermale** :
=> forfait de 20 euros par année universitaire pour les adhérents de la Totale SMERAG.

- un forfait « prothèses dentaire » :

=> forfait de 50 euros par année universitaire pour les adhérents de la Fondamentale SMERAG
=>forfait de 100 euros par année universitaire pour les adhérents de la Totale SMERAG.

- un forfait « optique » (forfait s’appliquant aux montures et verres correcteurs remboursés par la Sécurité sociale et lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale) :

=> forfait de 75 euros par année universitaire pour les adhérents de la Totale SMERAG.

- un forfait « naissance » pour les enfants à charge (ce forfait est conditionné à une durée minimale d’adhésion de dix mois consécutifs dans la même garantie) :

=> forfait de 60 euros par année universitaire pour les adhérents de la Fondamentale SMERAG
=> forfait de 120 euros par année universitaire pour les adhérents Totale SMERAG.

Le versement est subordonné à la présentation de la photocopie du livret de famille portant mention de la naissance datée et signée par l’adhérent. Une seule prime par enfant est versée à l’adhérent au moment de la naissance ou en cas d’adoption.

- Deux séances de détartrage par année universitaire : prise en charge du ticket modérateur dans la limite de la dépense engagée et du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale pour les adhérents aux garanties Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG.

- Le dépistage Hépatite B : prise en charge du ticket modérateur dans la limite de la dépense engagée et du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale pour les adhérents aux garanties Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG.

- un forfait « vaccins » non remboursés par la Sécurité sociale (dont le vaccin anti grippal) et rappels non pris en charge par la sécurité sociale, ayant une autorisation de mise sur le marché à la date des soins :

=> forfait par année universitaire à hauteur de 30 euros pour les adhérents aux garanties Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG.

- un forfait « test de grossesse » :

=> forfait de 20 euros par année universitaire pour les adhérents de la garantie Totale SMERAG.

Pour les garanties « 9 mois », « 6 mois » et « 3 mois », les montants des forfaits des garanties Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG sont proratisés selon les modalités précisées en Annexe 4. Le forfait naissance est exclu des garanties au prorata « 9 mois, 6 mois et 3 mois ».

Article 15 - Les Forfaits hospitaliers

Le forfait journalier hospitalier est remboursé à hauteur de 20 euros par jour et à hauteur de 15 euros par jour pour la psychiatrie et neuropsychiatrie.

- Le forfait journalier hospitalier est limité par année universitaire, comme indiqué ci-après :

Garantie souscrite	Annuelle	Prorata 9 mois	Prorata 6 mois	Prorata 3 mois
Hospitalière SMERAG	3 jours	-	-	-
Minimale SMERAG	30 jours	23 jours	15 jours	8 jours
Fondamentale SMERAG	45 jours	34 jours	23 jours	11 jours
Totale SMERAG	60 jours	45 jours	30 jours	15 jours

- Le forfait journalier pour la psychiatrie et neuropsychiatrie est limité par année universitaire, comme indiqué ci-après :

Garantie souscrite	Annuelle	Prorata 9 mois	Prorata 6 mois	Prorata 3 mois
Minimale SMERAG	20 jours	15 jours	10 jours	5 jours
Fondamentale SMERAG	20 jours	15 jours	10 jours	5 jours
Totale SMERAG	20 jours	15 jours	10 jours	5 jours

Article 16 - Contenu du forfait « Bien-être » (garanties Fondamentale et Totale SMERAG)

Le forfait « Bien-être » prend en charge :

- **Une consultation diététique** à hauteur de 20 euros par année universitaire pour les adhérents de la garantie Fondamentale SMERAG et trois consultations diététiques (la première est remboursée à hauteur de 20 euros, puis de 10 euros chacune pour les deux suivantes) par année universitaire pour les adhérents de la garantie Totale SMERAG.

- **Une consultation d’ostéopathie :** forfait annuel de 20 euros par année universitaire pour les adhérents à la garantie Totale SMERAG.

Le versement est subordonné à la présentation de la facture acquittée portant le cachet complet et le numéro d’identification du professionnel de santé obligatoirement conventionné.

Pour les garanties susvisées souscrites pour « 9 mois », « 6 mois » et « 3 mois », les montants des forfaits sont proratisés comme indiqué à l’Annexe 4.

Article 17 - Allocations de soutiens susceptibles d’être allouées à des adhérents en difficulté

Par un fonds d’entraide, et sur décision du Président de la Mutuelle ou de son délégataire, sur avis de la commission de Fonds d’entraide, la Mutuelle peut décider de verser des allocations mutualistes demandées par des adhérents des garanties Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG, en fonction de leur situation personnelle.

Le fonds reçoit une dotation annuelle votée par l’Assemblée Générale. Le versement ou le refus de versement de telles allocations sont laissés à l’entière appréciation de la Mutuelle.

Article 18 - Les versements de prestations sont conditionnés à la date des soins – date des soins prise en la nature des prestations

Les prestations ne peuvent être versées que pour des actes dispensés ou des frais exposés pendant la période d’ouverture

des droits. Ainsi, la date d'exécution (définie ci-dessous) devra toujours se situer pendant la période de droits ouverts pour permettre à l'adhérent de bénéficier des prestations servies par les garanties.

Les prestations visées sont :

- les prestations mutualistes qui interviennent en complément des prestations de la Sécurité sociale,
- les prestations mutualistes à caractère forfaitaire.

La date d'exécution à prendre en considération est la suivante :

Nature de la prestation	Date d'exécution à prendre en compte
Actes des praticiens, prescripteurs (médecin, dentiste, sage-femme)	date d'exécution des actes ou en cas d'actes en série : date de chaque acte
Actes des praticiens auxiliaires	date d'exécution des actes ou en cas d'actes en série : date de chaque acte
Médicaments – accessoires – pansements – optique – autres fournitures	date de délivrance
Hospitalisation	date d'entrée de l'hospitalisation
Prothèses dentaires, prothèses auditives	date d'exécution
Analyses médicales hors frais de dossier	date d'exécution des analyses
Transports (ambulance, VSL, taxi conventionné, transports en commun ou transport en voiture particulière)	date d'exécution du transport
Cures thermales	date de début du séjour en cure thermale
Forfaits « Optique » montures et verres remboursés par la sécurité sociale et lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale, Forfait « Prothèses dentaires », Forfait « Bien-être » (consultations diététique et ostéopathie), Forfait « Cure », Séance détartrage et Dépistage Hépatite B	date d'exécution
Forfait « Pilule contraceptive », Forfait « Pilule du lendemain », Forfait « Test de grossesse », Forfait Vaccins non remboursés par la sécurité sociale, Forfait cure de sevrage tabagique	date de délivrance
Forfait « Naissance »	En cas de naissance, date de la naissance sur présentation du livret de famille portant mention de la naissance daté et signé par l'adhérent(e)

Article 19 - Protection en cas d'hospitalisation consécutive à un évènement accidentel

La garantie décrite ci-après constitue l'un des éléments du "Pack SMERAG".

Pour les adhérents aux garanties mutualistes Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG, cette prestation ne saurait se cumuler avec les remboursements effectués dans le cadre de ces garanties.

La prestation n'est pas cumulable avec le forfait journalier hospitalier visé à l'article 15 du présent règlement mutualiste.

La garantie s'applique dès lors que **l'adhérent est hospitalisé pour une cause d'origine accidentelle** pour une durée comprenant **au moins une nuit**. Elle s'applique indifféremment en hôpital public ou en clinique privée, en complément d'une prise en charge par le régime obligatoire. Elle est limitée aux hospitalisations survenues en France métropolitaine.

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle d'un adhérent, non intentionnelle de sa part, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Pour ouvrir droit à la garantie, l'accident doit se produire pendant la période de couverture.

L'hospitalisation doit être motivée exclusivement par les conséquences de l'accident et intervenir au plus tard dans les trente jours suivant l'accident.

La prestation s'élève forfaitairement à 16 euros par nuit passée en milieu hospitalier.

La prestation totale ne peut excéder 20 nuits indemnisées, consécutives ou non, entre la date d'effet de la garantie et le 30 septembre suivant.

L'hospitalisation doit impérativement être déclarée par l'adhérent à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé réception à l'adresse suivante : **SMERAG - CS 61136 - 97249 FORT-DE-FRANCE Cedex**, dans les 5 jours ouvrés qui suivent son entrée à l'hôpital, à moins que des circonstances exceptionnelles l'empêchent de faire une telle déclaration dans ce délai ; ce dont il devra justifier. La non-déclaration dans les délais met la Mutuelle dans l'impossibilité de vérifier la réalité des événements. En conséquence, les événements déclarés tardivement seront réputés, pour l'application de la présente garantie, être survenus à la date de déclaration et ne donneront donc pas lieu à indemnisation.

La prestation est versée à l'issue de l'hospitalisation, sur présentation d'un bulletin d'hospitalisation faisant apparaître l'identification de l'adhérent, le lieu et les dates d'entrée et de sortie. Il doit impérativement être transmis par l'adhérent à la mutuelle par lettre recommandée avec accusé réception à l'adresse précitée (**SMERAG - CS 61136 - 97249 FORT-DE-FRANCE Cedex**), dans les cinq jours ouvrés qui suivent la sortie.

Sont exclus de la garantie :

- Les suites et conséquences des événements provoqués intentionnellement par l'adhérent,
- Les suites et conséquences des accidents antérieurs à la date d'effet de l'adhésion,
- Les suites et conséquences des sports aériens et des sports pratiqués à titre professionnel,
- Les attentats et émeutes si l'adhérent y prend une part active,
- Les contagions de toute sorte ne sont en aucun cas assimilées à des accidents.

Article 20 - Individuelle Accident – Invalidité permanente

Évènements ouvrant droit à la garantie

L'adhérent bénéficie de la garantie dès lors qu'il est victime d'un accident défini ainsi : toute atteinte corporelle subie par l'adhérent et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'adhérent.

Sont assimilés à des accidents au sens du présent contrat :

- Les actes d'agression contre l'adhérent,
- L'asphyxie, la noyade ou hydrocution,
- L'intoxication, l'empoisonnement ou les brûlures y compris par du gaz ou vapeur, 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 piqûres d'animaux,
- L'électrocution, la chute de la foudre,
- Les piqûres infectieuses et leurs conséquences.

Bénéficiaires :

Tous les adhérents de la Mutuelle disposant d'une garantie Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG, Totale SMERAG, Pack SMERAG ou de l'Assurance Étudiante SMERAG bénéficient de cette garantie ainsi que leurs enfants mineurs fiscalement à charge.

Consolidation :

Moment à partir duquel l'état du blessé est considéré comme permanent et présumé définitif ou lorsque la poursuite des soins est jugée comme inefficace.

Contenu de la garantie :

1) Frais de soins de santé :

Les frais de soins de santé listés ci-après et exposés consécutivement à un accident garanti ou à une maladie professionnelle, y compris la tuberculose, sont remboursés après intervention de la Sécurité sociale à hauteur de 100% des frais réels :

- Frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation et pharmaceutiques. Seuls sont remboursés les frais engagés sur prescription médicale jusqu'au jour de la guérison, de la consolidation ou du décès.
- Frais de cure : honoraires de surveillance médicale et frais de traitement en établissement thermal.
- Frais de transport de l'adhérent du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le plus proche, **à l'exclusion des frais de transport du corps en cas de décès.** La prise en charge des frais de transport s'effectuera exclusivement par l'intermédiaire de la Convention d'Assistance. Les conditions d'application et de mise en œuvre de cette garantie sont précisées dans la Notice d'information afférente à la convention d'Assistance ACE, figurant en fin du présent règlement mutualiste avant les Annexes (Cf. : III - LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE - 3.1.1 - Transport / Rapatriement).
- Frais afférents aux appareils d'orthopédie et frais de prothèse (premier appareillage seulement).
- Frais entraînés par un bris de lunettes concomitant à un dommage corporel.

2) Les limites suivantes sont appliquées :

- Prothèses dentaires : maximum 250 euros par dent.
- Bris de lunettes : maximum 25 euros par verre, 25 euros pour la monture et 25 euros par lentille.

Il est précisé que le plafond de la garantie est fixé à 25 000 euros par adhérent et par année d'assurance.

Le remboursement intervient s'il y a lieu en complément des remboursements effectués par les régimes d'Assurance Maladie obligatoires, par tout contrat d'assurance antérieur à l'adhésion au présent règlement mutualiste et par tout régime de prévoyance collective.

Si l'accident survient hors de l'Europe, le remboursement des frais de traitement s'effectue après le retour de l'adhérent en France.

Lorsque l'adhérent ne respecte pas le parcours de soins, le taux de remboursement de la Mutuelle est limité à celui qui aurait été appliqué dans le cadre du parcours de soins, même si le taux de remboursement du régime obligatoire est inférieur. L'assiette sur laquelle s'applique le taux est égale à la base de remboursement retenue par la Sécurité sociale.

Les divers niveaux de garantie décrits ci-avant excluent tous les dépassements d'honoraires qui pourraient être appliqués hors du parcours de soins.

3) Invalidité Permanente :

Un capital est versé à l'adhérent lorsqu'il est atteint d'une invalidité permanente à la suite d'un accident garanti.

Le capital est déterminé en fonction du taux d'invalidité dont l'adhérent est atteint.

Le taux d'invalidité permanente est fixé après consolidation par expertise médicale réalisée en France, même si l'accident est survenu à l'étranger. Le barème utilisé par l'expert pour fixer le taux d'invalidité est le barème de droit commun publié au Concours Médical.

Le taux d'invalidité est fixé d'un commun accord entre la Mutuelle et l'adhérent :

- Après expertise médicale par le médecin expert de la Mutuelle ou,
- Après une expertise contradictoire.

Le taux d'invalidité tient compte uniquement des atteintes à l'intégrité physique de l'adhérent, sans prendre en considération l'âge, le préjudice esthétique, d'agrément ou tout autre préjudice.

Clause d'arbitrage :

En cas de contestation d'ordre médical ou de différend entre l'adhérent et la Mutuelle, chacune des parties désigne un médecin expert. Si les experts ne trouvent pas d'accord, ils feront appel à un troisième expert pour les départager.

Faute, par l'une de ces parties de nommer son expert, ou par les deux experts de s'entendre sur le choix d'un troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent sur simple requête.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert, et s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième.

En cas de lésions multiples :

- Si, à la suite d'un accident, plusieurs membres ou organes sont frappés d'incapacité fonctionnelle, les taux d'invalidité en résultant se cumulent, sans que le taux total puisse dépasser le pourcentage prévu pour la perte de ce membre ou de cet organe,
- L'incapacité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre est assimilée à la perte totale ou partielle de ce membre,
- En cas d'aggravation par une maladie ou infirmité préexistante, la Mutuelle indemniserait sans tenir compte de l'intervention aggravante de cette maladie ou infirmité. L'indemnité se calculerait d'après les conséquences qu'aurait eu l'accident chez une personne en bonne condition physique et psychique.

Le capital garanti est égal au capital de base du tableau ci-dessous multiplié par le taux d'invalidité et divisé par 100 :

Taux d'invalidité	Montant de capital de base
De 0 à 10 %	0 €
De 11 à 15 %	4 000 €
De 16 à 20 %	12 000 €
De 21 à 30 %	23 000 €
De 31 à 50 %	30 000 €
De 51 à 75 %	40 000 €
De 76 à 90 %	50 000 €
De 91 à 100 %	70 000 €

Ainsi, à titre d'exemple, un adhérent ayant une incapacité de 20 pour cent (soit 20%) aurait droit à un capital calculé comme suit : **12 000 x 20 / 100 = soit 2 400 euros de capital.**

Montant maximum garanti :

L'ensemble des capitaux garantis sur la tête des personnes assurées lors d'un même événement ne pourra en aucun cas dépasser la somme de 1 000 000 euros.

Dans le cas où les capitaux garantis dépasseraient cette somme, la Mutuelle ne pourrait être tenue de répartir proportionnellement entre les victimes, quel que soit leur nombre, qu'un montant total équivalent audit maximum.

Étendue géographique : Monde entier

Formalités à accomplir en cas de survenance d'un accident :

L'adhérent doit déclarer son sinistre par écrit par lettre recommandée avec accusé réception à la Mutuelle (à envoyer à l'adresse : **SMERAG – CS 61136 – 97249 FORT DE FRANCE Cedex**) dans les cinq jours ouvrés à compter de sa date de survenance, l'événement de nature à faire jouer les garanties du contrat (à moins que des circonstances exceptionnelles l'empêchent de faire une telle déclaration dans ce délai ; ce dont il devra justifier).

La non déclaration dans les délais met la Mutuelle dans l'impossibilité de vérifier sans retard la réalité des événements déclarés. En conséquence, les événements non déclarés dans les délais ne seront pas pris en charge dans le cadre de la garantie.

À réception de la déclaration de sinistre, la Mutuelle fait remplir par l'adhérent une déclaration d'accident sur l'imprimé prévu à cet effet.

L'adhérent doit indiquer :

- La date, le lieu et les circonstances de l'accident,
- S'il y a lieu, le nom et l'adresse du tiers responsable et si possible des témoins,
- L'existence éventuelle d'un rapport de police ou de gendarmerie.

L'adhérent fait parvenir ensuite à la Mutuelle :

- Un certificat médical précisant la nature des blessures et leurs suites probables,
- Les décomptes de prestations établies par le régime obligatoire ou tout autre régime de prévoyance,
- Les feuilles de soins, les ordonnances, factures d'hôpital, notes d'honoraires ou tout autre document justifiant les dépenses.

- Dans un second temps, le certificat de guérison ou de consolidation.

L'adhérent doit se soumettre :

- Au contrôle des médecins désignés par la Mutuelle et éventuellement de la personne habilitée à la représenter pour une mission d'information

Le médecin conseil de la Mutuelle doit avoir la possibilité d'examiner l'adhérent.

Il est autorisé par l'adhérent à recevoir toute information médicale à titre confidentiel.

En outre, la Mutuelle peut demander à l'adhérent toute autre pièce qu'elle juge nécessaire à l'instruction du dossier sinistre.

Attention :

Sauf motif légitime dûment justifié, tout refus de se conformer à l'une des formalités précitées peut entraîner la perte de tout droit aux indemnités pour le sinistre en cours.

Lorsque l'adhérent emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou falsifiés dans le but d'obtenir des indemnités indues, la Mutuelle a le droit de se faire rembourser les sommes indûment payées.

N.B. : la Mutuelle conserve toutes les pièces remises à l'occasion d'un sinistre.

EXCLUSIONS :

- Les suites et conséquences d'accidents, d'infirmité ou de maladies antérieures à la date d'effet de l'adhésion.
- L'aliénation mentale, une attaque de paralysie, d'apoplexie, d'épilepsie, la psychose, névrose, maladie de Parkinson, syndrome cérébelleux, les atteintes neurologiques dégénératives, ruptures d'anévrisme, ulcères, congestions, congélations, insolation, et d'une façon générale toute affection organique dont le processus de développement a provoqué seul les dommages.
- Le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide ainsi que toute lésion provoquée intentionnellement par l'adhérent.
- L'usage par l'adhérent de stupéfiants ou de drogues non prescrits par une autorité médicale compétente.
- Les accidents résultant d'un état d'ivresse de l'adhérent lorsque le taux est supérieur au taux prévu par la législation en vigueur au moment de l'accident ainsi que les accidents résultant de l'usage des stupéfiants.
- L'utilisation ou la manipulation par l'adhérent d'un engin de guerre dont la détention est interdite.
- La navigation aérienne en qualité de personnel navigant, l'usage d'un aéronef privé, les vols d'essais ou de prototypes.
- Les sports aériens, les sports pratiqués à titre professionnel, le saut à l'élastique, l'ascension en montagne et l'alpinisme sans guide professionnel, le saut à ski, la pratique du ski en dehors des pistes balisées, le tremplin, le skeléon, le bobsleigh, la luge sur piste, le hockey sur glace, pratique de la chasse, du tir (sous toutes ses formes), la pratique du yachting à plus de cinq miles des côtes, yachting à moteur (même auxiliaire), la plongée sous-marine avec appareil autonome, la spéléologie, le polo, les exhibitions acrobatiques, les sports pratiqués avec un véhicule à moteur, le combat avec ou sans arme, les épreuves de neige ou de glace donnant lieu à un classement international, national ou régional.
- La guerre civile et étrangère, déclarée ou non, les mouvements populaires, les actes de terrorisme ou de sabotage auxquels l'adhérent aurait participé.
- Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation du noyau de l'atome ou de la radioactivité ainsi que des radiations par accélération artificielle de l'atome ou de la radioactivité ainsi que des radiations par accélération artificielle des particules, sauf quand ces événements se sont déroulés lors des activités d'enseignement ou dans le cadre de stages ayant fait l'objet d'une convention entre l'établissement et l'organisme d'accueil et que ces stages font partie intégrante du cursus d'enseignement.
- Les rayons X, le radium et ses composés, sauf si les dommages résultent pour l'adhérent, au cours d'un stage, d'une fausse manipulation des instruments.
- La participation de l'adhérent à une rixe, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.
- Les attentats, émeutes sont exclus si l'adhérent y prend une part active.

Chapitre II : Subrogation

Article 21 - Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à l'ayant droit inscrit victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces types de préjudices.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Chapitre III : Information des adhérents – traitement des réclamations

Article 22 - Information des adhérents

Le présent règlement mutualiste et les modifications qui peuvent y être apportées sont portés à la connaissance des adhérents.

L'adhérent est informé :

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès,
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Article 23 - Traitement des réclamations – médiation

En cas de contestation de l'adhérent sur une réponse ou une demande que lui a faite la Mutuelle, l'adhérent dispose des voies de recours suivantes.

1^{er} niveau : La réclamation

Le service réclamations de la SMERAG peut être saisi par l'adhérent selon l'une quelconque des voies suivantes :

- Par courrier : le courrier accompagné des pièces justificatives doit être adressé à la SMERAG - Service Adhésions / Réclamations - CS 61136 - 97249 Fort de France Cedex.
- Par email : le courriel accompagné des pièces justificatives scannées doit être adressé à contact@smerag.fr.
- Par téléphone : au 0590 89 29 30 ou 0596 72 82 00 du lundi au vendredi de 9h à 13h.
- En accueil SMERAG : Déposer les pièces justificatives au :
 - **SMERAG GUADELOUPE** : Résidence Schoelcher n°9 – 97110 POINTE A PITRE du lundi au vendredi de 9h à 13h ;
 - **SMERAG MARTINIQUE** : 35, rue Victor Schoelcher – 97200 Fort-de-France du lundi au vendredi de 9h à 13h ;
 - **SMERAG GUYANE** : Université de Guyane – Bât. F (1^{er} étage) – Site de Trou Biran – 97300 Cayenne les lundis, mercredis et vendredis de 9h à 13h.

2^{ème} niveau : Le Médiateur

Si la réclamation n'aboutit pas, l'adhérent peut saisir le Médiateur, uniquement par lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée des pièces justificatives à l'adresse suivante :

Médiateur FNMF
255, rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15

Article 24 - Informatique et Libertés

Le traitement des informations personnelles recueillies par la mutuelle est effectué sous la responsabilité de cette dernière et exclusivement aux fins de la gestion de la mutuelle conformément à son objet, en conformité avec les dispositions du Règlement n° 2016/679, dit Règlement Général sur la Protection des données (RGPD) et toute loi ou règlement français applicable.

Les données personnelles détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

Aucune donnée personnelle traitée ou détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

La mutuelle a mis en place des mesures de sécurité techniques, physiques et administratives afin d'assurer la confidentialité des données personnelles traitées ou détenues.

Les données personnelles sont conservées pendant la durée de leur adhésion à la mutuelle et pendant la durée du délai de prescription tel que visé à l'article L.221-11 du code de la mutualité. Tout membre de la mutuelle ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication et mise à jour ou rectification des données personnelles le (la) concernant, détenues dans les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle.

Article 25 - Contrôles

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout adhérent ou ayant-droit qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

La Mutuelle peut également, afin d'éclairer sa décision avant ou après le versement de prestations, demander la production de toute nouvelle pièce justificative ou de tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, ou si ce contrôle révèle que la demande de prestation ne correspond pas à la réalité des dépenses engagées ou qu'elle est dépourvue de justification médicale, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle. En cas de contrôle a posteriori (c'est-à-dire après le versement de prestations par la Mutuelle), l'adhérent devra restituer à la Mutuelle les prestations indues.

En cas de désaccord entre l'adhérent et la Mutuelle, ils peuvent choisir d'un commun accord un médecin expert. A défaut d'entente entre eux sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. La Mutuelle et l'adhérent supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et l'adhérent.

Article 26 - Droit applicable – langue des échanges entre la Mutuelle et les adhérents

Le présent règlement mutualiste, ainsi que l'ensemble des droits et obligations en découlant, sont régis par le droit français.

La langue officielle des échanges, tant écrits que verbaux, entre les adhérents et la Mutuelle est le français.

NOTICES D'INFORMATIONS RELATIVES AUX GARANTIES PROPOSEES PAR LA SMERAG ET SOUSCRITES PAR LA SMERAG AUPRES DE TIERS ASSUREURS

Police n°FR32014016 souscrite par la SMERAG.

Assureur : ACE EUROPE - Siège Social : 100 Leadenhall street - Londres, EC3A 3BP – Royaume Uni Société de droit étranger au capital de 544.741.144 £ enregistrée au registre du commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro : 1112892. Autorité de contrôle : Financial Service Authority 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HS Royaume Uni. Dans certains cas, le contrôle peut être exercé dans des conditions différentes de celles applicables au Royaume Uni. Votre contrat est soumis à la loi française et à la réglementation du Code des Assurances. Direction générale pour la France : Le Colisée 8, avenue de L'Arche 92 419 Courbevoie Cedex

Numéro d'identification : 450 327 374 R.C.S. Nanterre - APE 660 E. Courtier : UMGP COURTAGES (SARL de courtage d'assurances au capital de 50 000 € -

Siège social : 28 rue Fortuny, 75017 Paris - RCS B 488530304 - code APE 6622 Z - N° d'immatriculation ORIAS 07 005 526)

Co-courtier: BOTTICELLI COURTAGES - SARL de courtage d'assurance au capital de 6.000 € - RCS Marseille 489 270 579 – Code APE 6622 Z – Siège social : Tour Méditerranée, 65 avenue Jules Cantini 13298 Marseille cedex 20 – N° d'immatriculation ORIAS 07 008 727 - RC professionnelle et garantie financière conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du Code des assurances.

I - POUR TOUTE DEMANDE D'ASSISTANCE

1- Téléphoner ou télexer à ACE ASSISTANCE aux numéros suivants :

Téléphone : 33 1 40 25 57 25

Télex : 650 254 F

Télécopie : 33 1 40 25 52 62

2 - Préciser impérativement :

Votre numéro de convention d'assistance : 620.328 / FR32014016

3 - Vous conformer aux solutions que nous préconisons :

Toute dépense engagée sans l'accord préalable d'ACE ASSISTANCE ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

II - DÉFINITIONS ET CONDITIONS D'ACCÈS AUX PRESTATIONS

2.1 - Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime le bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et constatée par une autorité médicale compétente.

2.2 - Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle, il est situé en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco ou d'Andorre ou dans les DOM-TOM et son adresse figure sur le formulaire de souscription rempli par le bénéficiaire lors de son adhésion à la SMERAG.

2.3 - Territorialité

Les prestations d'assistance s'appliquent à l'occasion de déplacements de loisirs sans franchise kilométrique dans le monde entier à l'exclusion des pays en état de guerre ou d'instabilité politique notoire ou qui restreignent strictement la libre circulation des personnes dans leur territoire.

Sont exclus du présent contrat les événements survenus dans le

pays dont est ressortissant un bénéficiaire de nationalité étrangère résidant en France et dans le pays de deuxième nationalité pour un bénéficiaire ayant une double nationalité dont celle française et résidant en France.

2.4 - Champ d'application

Les prestations d'assistance aux personnes s'appliquent lorsque vous voyagez ou êtes en déplacement pour une durée maximum de 365 jours consécutifs et ce, pour des voyages ou déplacements de loisirs à l'exclusion de tout déplacement à caractère professionnel. Les stages sont couverts dans la mesure où ils sont conseillés ou ordonnés par l'établissement scolaire ou universitaire dont dépend le bénéficiaire qu'ils soient rémunérés ou non.

2.5 - Hospitalisation

Toute hospitalisation prescrite par un médecin consécutive à un accident ou à une maladie survenant inopinément.

2.6 - Effet et durée des garanties

Lors d'une première adhésion à la SMERAG, les garanties prennent effet le lendemain à 0 heure du jour de la souscription et au plus tôt le 1^{er} juillet de l'année N.

Lors d'un renouvellement, après la date d'échéance des garanties, le contrat prend effet le lendemain à 0 heure du renouvellement des garanties.

Si le renouvellement se fait avant la date d'échéance des garanties, le contrat prend effet au lendemain de l'échéance à 0 heure. Dans tous les cas, elles durent jusqu'au 30 septembre de l'année N+1. Pour une adhésion à la SMERAG dans le cadre d'une scolarité fonctionnant sur une année universitaire spécifique, la garantie prend effet le lendemain à 0 heure du jour de l'adhésion et dure un an. Les garanties cessent de plein droit dès que l'assuré cesse d'être adhérent à la SMERAG.

2.7 - Mise en œuvre du service

Le service est accessible par téléphone 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 à l'exception des prestations d'informations voyageur accessibles du lundi au samedi de 9h à 19h.

III - LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application de la présente convention d'assistance, vous vous engagez à réserver à ACE ASSISTANCE France le droit d'utiliser le titre de transport que vous détenez, ou à rembourser ACE ASSISTANCE des montants dont vous obtiendriez le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre de transport.

3.1 - ASSISTANCE AUX PERSONNES

3.1.1 - Transport/Rapatriement

- Procédure préalable :

La maladie ou les blessures doivent impérativement être signalées de manière préalable à ACE ASSISTANCE qui se chargera alors d'organiser le meilleur parcours de santé possible de l'Assuré et notamment son transport. À cet égard, ACE ASSISTANCE se réserve le droit de demander le titre de transport de la personne concernée.

- Mise en œuvre :

Le mode d'évacuation de la personne malade ou blessée, la date et le lieu de son hospitalisation, choisis et à la charge de ACE ASSISTANCE, sont adaptés en fonction de la gravité du cas.

Le seul critère retenu pour ce choix est le critère médical.

3.1.2 - Retour d'un accompagnant

ACE ASSISTANCE prend en charge le transport soit d'un membre de votre famille (conjoint ou concubin, père, mère, frère, sœur, grands-parents) soit d'une personne bénéficiaire voyageant avec vous afin, si possible, de vous accompagner lors de votre retour.

Selon l'avis du service médical d'ACE ASSISTANCE, ce transport sera soit fait avec vous, soit individuellement par train en première classe ou par avion en classe économique.

3.1.3 - Présence hospitalisation

Vous êtes hospitalisé sur le lieu de votre maladie ou de votre accident et les médecins d'ACE ASSISTANCE ne préconisent pas un transport avant 10 jours : ACE ASSISTANCE organise et prend en charge le déplacement aller et retour par train en première classe ou avion de ligne en classe économique d'une personne choisie et résidant en France pour lui permettre de se rendre à votre chevet. ACE ASSISTANCE prend également en charge les frais d'hôtel de cette personne sur place, à concurrence de 46 € TTC par nuit pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner).

Cette personne doit :

- Etre domiciliée en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco ou d'Andorre si vous y êtes domicilié,
- Etre domiciliée dans le même département ou territoire d'Outre Mer que vous si vous êtes domicilié dans les DOM-TOM.

3.1.4 - Prolongation de séjour

ACE ASSISTANCE organise et prend en charge vos frais de prolongation de séjour à l'hôtel et d'une personne bénéficiaire demeurant à votre chevet si vous ne pouvez entreprendre votre retour à la date prévue pour des raisons médicales validées par notre service médical.

ACE ASSISTANCE prend en charge les frais d'hôtel à concurrence de 46 euros TTC par nuit et par personne pour vous et votre accompagnant pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner).

Les prestations « retour d'un accompagnant », « présence hospitalisation » et « prolongation de séjour » ne sont pas cumulables entre elles.

3.1.5 - Frais de secours sur piste

Lorsque vous êtes accidenté sur une piste de ski balisée ouverte aux skieurs au moment de l'accident ACE ASSISTANCE prend en charge les frais de secours sur piste de l'accident jusqu'au centre de soins le plus proche. Les frais de recherche en montagne s'il y a lieu restent à votre charge.

3.1.6 - Remboursement complémentaire des frais médicaux

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement hors de France : ACE ASSISTANCE rembourse, à hauteur de 5.336 € TTC et de 76.225 € TTC pour les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, le Japon et l'Asie du Sud Est par bénéficiaire et pendant la durée de validité du contrat le montant des frais médicaux engagés hors de France et restant à votre charge après remboursement effectué par la Sécurité sociale, la mutuelle et / ou tout autre organisme de prévoyance.

Une franchise de 31 € par bénéficiaire et par événement est appliquée dans tous les cas.

Les soins dentaires sont remboursés dans les mêmes conditions avec un plafond de 77 € TTC.

Vous vous engagez, vous ou vos ayants droits à cette fin à effectuer, dès votre retour en France, toutes démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, ACE ASSISTANCE procède au remboursement tel

que défini ci-dessus à la condition que vous nous communiquiez les documents suivants :

- des comptes originaux des organismes sociaux et /ou de prévoyance justifiant des remboursements obtenus,
 - photocopies des notes de soins justifiant les dépenses engagées.
- Dans l'hypothèse où l'organisme d'assurance maladie auquel vous cotisez ne prendrait pas en charge les frais médicaux engagés, ACE ASSISTANCE vous remboursera les frais engagés jusqu'à un maximum de 5.336 € TTC et de 76.225 € TTC pour les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, le Japon et l'Asie du Sud Est, sous réserve que vous présentiez à ACE ASSISTANCE les originaux des factures de frais médicaux et de l'attestation de non prise en charge émanant de l'organisme d'assurance maladie.

Nature des frais médicaux ouvrant droit à remboursement complémentaire : honoraires médicaux, frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien, frais d'ambulance ordonnés par un médecin pour un trajet local, frais d'hospitalisation tant que le bénéficiaire a été jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Le remboursement complémentaire de ces frais d'hospitalisation cesse à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer le transport du bénéficiaire, urgence dentaire.

3.1.7 - Avance des frais d'hospitalisation

En cas de maladie ou de blessures lors d'un déplacement hors de France, tant que vous vous trouvez hospitalisé, ACE ASSISTANCE peut faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de 5.336 € TTC et de 76.225 € TTC pour les Etats-Unis, le Canada, le Japon, l'Australie et l'Asie du Sud Est par bénéficiaire et pendant la durée de validité du contrat sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- Pour des soins prescrits en accord avec les médecins d'ACE ASSISTANCE,
- Tant que vous êtes jugé intransportable par décision des médecins d'ACE ASSISTANCE prise après recueil des informations auprès du médecin local. Aucune avance n'est accordée à dater du jour où ACE ASSISTANCE est en mesure d'effectuer votre transport.

Dans tous les cas, vous vous engagez à rembourser à ACE ASSISTANCE cette avance 30 jours après réception de la facture. Cette obligation s'applique même si vous avez engagé les procédures de remboursement visées au paragraphe « Remboursement complémentaire des frais médicaux ».

Bien entendu, dès que ces procédures aboutiront, ACE ASSISTANCE prendra en charge le remboursement complémentaire des frais médicaux, dans les conditions et à concurrence des montants prévus au paragraphe « Remboursement complémentaire des frais médicaux » et sous réserve que vous nous communiquiez les documents prévus au paragraphe « Remboursement complémentaire des frais médicaux ».

3.2 - ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

3.2.1 - Retour anticipé

Lorsque vous apprenez le décès en France d'un membre de votre famille (conjoint, concubin, enfants, père, mère, frères, sœurs, beaux-parents, grands-parents) ou votre convocation à un examen scolaire non prévu avant votre départ et sous réserve que la notification d'échec ait été effectuée dans un délai non prévu initialement, ACE ASSISTANCE organise et prend en charge :

- soit votre voyage aller-retour,
- soit votre voyage aller simple et celui d'une personne bénéficiaire voyageant avec vous par train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique.

À défaut de présentation de justificatifs (certificat de décès, convocation) dans un délai de 30 jours, ACE ASSISTANCE se réserve le droit de vous facturer l'intégralité de cette prestation.

3.2.2 - Transport de corps

Un bénéficiaire décède au cours d'un déplacement : ACE ASSISTANCE organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu des obsèques en France.

ACE ASSISTANCE prend également en charge les frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport ; ACE ASSISTANCE participe aux frais de cercueil jusqu'à concurrence de 458 € TTC.

Les autres frais, et notamment les frais de cérémonie, convois locaux, inhumation, restent à la charge de la famille.

Pour les bénéficiaires domiciliés dans les DOM-TOM, la prestation ne pourra être acquise que si le décès survient hors du Département ou Territoire d'Outre-Mer où ils sont domiciliés.

3.3 - AIDE AU VOYAGE

3.3.1 - Transmission de messages urgents à la famille

ACE ASSISTANCE s'engage en cas d'accident ou maladie, à prévenir votre famille restée en France et à lui transmettre les messages urgents.

3.3.2 - Avance de fonds à l'étranger

Lors d'un déplacement hors de France, vous perdez ou vous faites dérober vos moyens de paiement (carte(s) de crédit, chéquier(s),...) : ACE ASSISTANCE vous accorde, moyennant le versement de la somme correspondante par un tiers et après accord préalable de l'organisme financier émetteur du titre de paiement une avance de fonds d'un montant maximum de 2287 € TTC pour vous permettre de faire face aux dépenses de première nécessité.

3.3.3 - Envoi de médicaments

Vous êtes en déplacement hors de France : si le pays ne dispose pas des médicaments, prescrits par un médecin, indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, ACE ASSISTANCE recherche localement leurs équivalents éventuellement disponibles et, à défaut, les recherche en France métropolitaine exclusivement et les expédie sur votre lieu de séjour par les moyens les plus rapides sous réserve des contraintes légales locales et françaises. ACE ASSISTANCE prend en charge les frais d'expédition et vous refacture les frais de douane et le coût d'achat des médicaments. Avant de partir, si vous êtes sous traitement, ACE ASSISTANCE vous conseille de ne pas oublier d'emporter les médicaments en quantité nécessaire et suffisante pour la durée du traitement. En effet certains pays (Etats-Unis, Israël...) n'autorisent pas ce type d'envoi.

L'abandon de la fabrication des médicaments par le laboratoire ainsi que leur non-disponibilité en France métropolitaine constituent des cas de force majeure qui peuvent retarder ou rendre impossible l'exécution de cet engagement.

3.3.4 - Avance de caution pénale

En déplacement hors de France vous faites l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de circulation : ACE ASSISTANCE vous avance le montant de la caution pénale lorsqu'elle est exigée par les autorités, à concurrence de 7.623 € TTC maximum.

Vous vous engagez à rembourser cette somme dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

Si entre-temps la caution pénale est remboursée par les autorités du pays, elle devra aussitôt être restituée à ACE ASSISTANCE.

3.3.5 - Avance des honoraires d'avocat

A votre demande, si vous faites l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de circulation hors de France, ACE

ASSISTANCE recherche un avocat pour éviter votre incarcération ou permettre votre libération si vous êtes déjà incarcéré.

ACE ASSISTANCE avance les honoraires d'avocat à concurrence de 1.525 € TTC maximum.

Les infractions intentionnelles n'ouvrent pas droit aux prestations « avance de caution pénale » et « honoraires d'avocat ». De plus, ces prestations ne couvrent pas les éventuelles suites judiciaires engagées en France.

3.3.6 - Information voyageur

ACE ASSISTANCE peut vous fournir des informations concernant :

- les précautions médicales à prendre avant d'entreprendre un voyage (vaccins, médicaments...),
- les formalités administratives à accomplir avant un voyage ou en cours de voyage (visas, quitus fiscal...),
- les conditions de voyage (possibilité de transport, horaires d'avion...),
- les conditions de vie locale (température, climat, nourriture...).

ACE ASSISTANCE peut vous conseiller sur les démarches à entreprendre pour poursuivre un voyage interrompu par un incident inopiné (mauvaise correspondance, réservation annulée...).

ACE ASSISTANCE s'engage à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance par téléphone.

Si une réponse ne peut être apportée immédiatement, ACE ASSISTANCE effectue les recherches nécessaires et vous rappelle dans les meilleurs délais.

Ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66-1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultation juridique. Selon les cas, ACE ASSISTANCE vous orientera vers les catégories d'organismes ou de professionnels susceptibles de vous répondre.

ACE ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable de l'interprétation ni de l'utilisation faite des informations communiquées.

IV - EXCLUSIONS ET CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES ET CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

4.1 - Sont exclus :

- Les frais engagés sans l'accord préalable d'ACE ASSISTANCE ou dont la prise en charge n'est pas prévue par la présente convention d'assistance,
- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité des contrats,
- Les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions motorisées (ou leurs essais) lorsque vous y participez en qualité de concurrent,
- Les maladies ou blessures préexistantes diagnostiquées et / ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
- Les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement,
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et / ou de traitement,
- L'organisation et la prise en charge du transport / rapatriement pour des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,
- Les conséquences de l'usage de drogue, stupéfiants ou

produits assimilés non ordonnés médicalement de l'usage abusif d'alcool,

- Les conséquences d'actes intentionnels de votre part ou les conséquences d'actes dolosifs, tentatives de suicide ou suicide,
- Les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 28^{ème} semaine, les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse,
- Les situations liées à des faits de grève,
- Les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
- Les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie ou à un accident survenu hors de France,
- Les frais d'optique (lunettes ou verres de contact par exemple),
- Les frais liés aux appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires notamment),
- Les frais d'annulation de séjour,
- Les frais de cure thermale,
- Les frais liés à des interventions à caractère esthétique,
- Les frais de séjour en maison de repos,
- Les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
- Les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination,
- Les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- Les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- Les frais médicaux engagés en France,
- Les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer ou dans le désert,
- Les frais de secours hors-piste de ski,
- Les frais de restaurant,
- Les frais de douane,
- Les dommages survenus aux bénéficiaires se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire.

4.2 - CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

ACE ASSISTANCE ne peut être tenu pour responsable des manquements à l'exécution des prestations résultant des cas de force majeure ou d'événements tels que les guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, émeutes, mouvements populaires, représailles, actes de terrorisme, restriction à la libre circulation des personnes ou des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

V - SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du Code des Assurances, ACE ASSISTANCE est subrogé à concurrence des indemnités payées et des services fournis dans vos droits et actions ou ceux de votre représentant contre toute personne responsable des faits ayant nécessité son intervention.

Dans le cas où il s'avérerait a posteriori que nous aurions été amenés à déclencher une intervention alors que vous n'étiez plus ou pas bénéficiaire, les frais engagés vous seraient refacturés, de même si vous aviez volontairement fourni de fausses informations sur les causes vous amenant à demander notre intervention, alors que les faits réels n'auraient pas dû donner droit à l'intervention d'ACE ASSISTANCE.

VI - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L1114-1 du Code des Assurances, toute

action dérivant de la présente convention est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

CONTRAT D'ASSURANCE GARANTIE RESPONSABILITE CIVILE

Contrat d'assurance Responsabilité civile n°FR72.014.364 souscrit auprès d'ACE EUROPE - Siège Social : 100 Leadenhall street - Londres, EC3A 3BP – Royaume Uni Société de droit étranger au capital de 544.741.144 £ enregistrée au registre du commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro : 1112892. Autorité de contrôle : Financial Service Authority 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HS Royaume Uni. Dans certains cas, le contrôle peut être exercé dans des conditions différentes de celles applicables au Royaume Uni. Votre contrat est soumis à la loi française et à la réglementation du Code des Assurances. Direction générale pour la France : Le Colisée 8, avenue de L'Arche 92 419 Courbevoie Cedex
Numéro d'identification : 450 327 374 R.C.S. Nanterre - APE 660 E.
Courtier : UMGP COURTAGES (SARL de courtage d'assurances au capital de 50 000 € -
Siège social : 28 rue Fortuny, 75017 Paris - RCS B 488530304 - code APE 6622 Z - N° d'immatriculation ORIAS 07 005 526)
Co-courtier : BOTTICELLI COURTAGES - SARL de courtage d'assurance au capital de 6.000€ - RCS Marseille 489 270 579 – Code APE 6622 Z – Siège social : Tour Méditerranée, 65 avenue Jules Cantini 13298 Marseille cedex 20 – N° d'immatriculation ORIAS 07 008 727 - RC professionnelle et garantie financière conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du Code des assurances.

Événements couverts :

- les activités de la vie privée (y compris scolaires et universitaires) ;
- les activités sportives, à l'exception de celles exclues par ailleurs ;
- les stages rémunérés ou non, conseillés ou ordonnés par l'établissement d'enseignement (hors activités médicales).

Étendue géographique RC :

La garantie Responsabilité civile s'exerce dans le monde entier. La garantie Défense Recours ne s'exerce qu'en France métropolitaine et Monaco, étant précisé que la défense civile s'exerce dans le monde entier pour les intérêts garantis au contrat. Le contrat est régi par le droit Français.

En cas de sinistre :

Vous devez, sous peine de déchéance de vos droits déclarer les sinistres à la SMERAG - CS 61136 - 97249 Fort de France Cedex par lettre recommandée avec accusé de réception dans les 5 jours ouvrés à compter du moment où vous en avez eu connaissance.

RESPONSABILITÉ CIVILE

Objet de l'assurance :

L'Assureur garantit l'Assuré contre les conséquences pécuniaires de la Responsabilité civile pouvant lui incomber en application des articles 1240 et 1244 du Code Civil en raison des dommages corporels, matériels et immatériels qui en sont directement la conséquence, causés aux Tiers au cours ou à l'occasion des activités définies ci-avant et provenant du fait :

- de l'Assuré,
- de son personnel domestique en service,
- des animaux domestiques lui appartenant ou dont il a la garde à titre gratuit, à l'exclusion des chiens dits dangereux visés par les articles 1 (chiens de 1^{ère} catégorie) et 2 (chiens de 2^{ème} catégorie) de l'arrêté du 27/04/1999,
- des choses lui appartenant et dont il a la garde, notamment :
 - . de l'usage des cycles sans moteur et de leurs remorques,
 - . de tous véhicules mus à la main,
 - . de remorques de camping ou de caravanes sauf lorsque, attelées ou non à un véhicule automobile tracteur, elles sont assujetties à l'obligation d'assurance automobile selon les termes des Articles L. 211-1 et suivants du Code des Assurances,

de l'outillage et des appareils ménagers, de l'outillage de jardin avec ou sans moteur, sous réserve que ce matériel ne soit pas soumis à l'obligation d'assurance automobile,

. de l'immeuble constituant sa résidence principale,
. des agencements intérieurs ou extérieurs des locaux d'habitation qu'il occupe à titre privé,

. des dépendances, antennes de télévision et de radio,
. d'émanations de gaz provoquées par son installation domestique
. cette garantie ne peut trouver application que si l'Assuré justifie avoir procédé à l'exécution régulière des opérations normales d'entretien,

. de l'intoxication ou de l'empoisonnement causés par les boissons et aliments servis à sa table,

- de l'usage, à son insu ou à l'insu de son conjoint, par un de ses enfants mineurs d'un véhicule terrestre à moteur ne lui appartenant pas et dont il n'est pas gardien autorisé. Cette garantie s'applique également aux dommages subis par le véhicule. Dans tous les cas, la garantie s'applique tant aux dommages causés aux tiers qu'à ceux subis par le véhicule à la suite de l'accident. Toutefois, elle n'interviendra qu'en absence de tout contrat d'assurance relatif au véhicule considéré,

- de la pratique de tous sports non exclus ci-après, même en cours de compétitions, pourvu qu'elles soient réservées à des amateurs,
- d'une personne qui prête assistance à titre gratuit, sous réserve toutefois que l'intervention de cette personne soit occasionnelle et inopinée,

- des dommages causés à un enfant dont il aurait la garde en qualité de simple particulier et à titre gratuit.

Cette garantie est étendue à la pratique occasionnelle ou régulière du baby-sitting,

- des dommages occasionnés au matériel (animaux compris) dont il a l'usage, lorsque ce matériel lui est confié dans le cadre d'un stage de formation, rémunéré ou non, ordonné ou conseillé par l'établissement d'enseignement (y compris les stages de formation agricole),

- des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers, à l'occasion de ses activités de stagiaire qu'il est appelé à effectuer en sa qualité d'étudiant, y compris en cours de déplacements, à l'exclusion des activités médicales. La garantie s'applique également aux accidents de trajets.

Sont notamment considérés comme tiers les personnes physiques ou morales de droit privé ou de droit public accueillant l'Assuré (y compris le personnel).

Il est précisé que l'Assureur renonce au recours que, comme subrogé dans les droits de l'Assuré, il serait en droit d'exercer contre ces personnes.

DÉFENSE - RECOURS

La mise en œuvre de cette garantie est confiée au GIE CIVIS (90 avenue de Flandre – 75019 PARIS/tél. 01.53.26.25.25 et télécopie 01.53.26.35.50), qui est mandaté par ACE European Group Limited pour délivrer les prestations garanties.

Objet de la garantie :

En cas de litige vous opposant à un tiers, l'Assureur garantit :

- la mise en œuvre, par les voies amiables ou judiciaires, des moyens nécessaires à la sauvegarde de vos droits et intérêts,
- la prise en charge, dans la limite de la garantie, du coût d'intervention de tout auxiliaire de justice, des frais et dépens, y compris les frais d'expertise qui vous incombent.

Champ d'application :

L'Assureur intervient :

- pour votre défense pénale, si vous êtes l'objet de poursuites ayant pour fait générateur un événement dont la garantie est prévue au contrat, ou à la suite d'un délit ou d'une contravention en matière de circulation des piétons et des bicyclettes sans moteur ;
- en recours amiable ou judiciaire à l'encontre du responsable

identifié du dommage corporel ou matériel subi par vous, dès lors que ce préjudice est survenu dans le cadre de l'un des événements ou situations de la vie privée énumérés au paragraphe « Responsabilité civile », ou à la suite d'un dommage corporel subi par l'Assuré en tant que piéton du fait d'un véhicule terrestre à moteur dont il n'a ni la propriété, ni la conduite ni la garde, et dont il n'est pas passager lors du sinistre.

Débours pris en charge :

À condition d'avoir donné son accord préalable sur l'engagement de ces frais, l'Assureur acquitte directement :

- les frais de constitution de dossier, à l'exception des frais engagés pour vérifier la réalité du préjudice ou en faire la constatation,
- les honoraires d'experts judiciaires,
- les frais et honoraires des auxiliaires de justice.

Libre choix de l'avocat :

Si un litige implique l'intervention d'un avocat, vous pouvez le choisir parmi ceux inscrits au Barreau du Tribunal saisi, ou demander à l'Assureur de vous en proposer un.

Divergence d'intérêts :

En cas de désaccord entre vous et l'Assureur sur l'opportunité d'engager ou de poursuivre une action en justice, la procédure prévue par l'article L. 127-4 du Code des Assurances est appliquée ; en voici le résumé :

« Le différend est soumis à l'appréciation d'une tierce personne choisie d'un commun accord ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance. Sauf décision contraire, c'est l'assureur qui supporte, dans la limite de la garantie, les frais de cette procédure. »

Les mêmes modalités sont appliquées en cas de survenance, entre vous et l'Assureur, de divergences d'intérêts au sens de l'article L. 127-5 du Code des Assurances.

EXCLUSIONS

A - Responsabilité civile :

L'assurance ne garantit pas :

- votre résidence secondaire,
- votre activité d'assistance maternelle,
- les immeubles ou parties d'immeubles dont vous n'êtes pas occupants,
- les sinistres résultant d'une activité professionnelle, étant précisé que les accidents causés au cours de trajet pour vous rendre sur les lieux de l'établissement scolaire ou en stage, ne sont pas considérés comme résultant d'une activité professionnelle,
- les sinistres résultant d'une fonction publique, politique ou sociale ou de dirigeant d'association,
- les sinistres résultant de la pratique de la chasse (la chasse sous-marine restant garantie), de l'équitation avec des chevaux vous appartenant, du bobsleigh, des sports aériens, du polo, du yachting avec des voiliers de plus de 5,50 mètre ou résultant de toute participation à des compétitions de yachting avec des embarcations de plaisance à voiles ou à rames quelles qu'elles soient,
- les sinistres résultant de la pratique de tous sports à titre professionnel,
- les sinistres causés par les armes à feu et leurs munitions de 1^{ère} ou de 4^{ème} catégorie dont la détention est interdite et dont vous seriez sciemment possesseur ou détenteur sans autorisation préfectorale,
- les sinistres causés par les véhicules à traction animale, par les véhicules, leurs remorques et semi-remorques soumis à la législation sur l'assurance automobile obligatoire (tels que les karts, les tondeuses avec siège, les véhicules à moteur destinés aux enfants), par les appareils nautiques de plus de 6 ch et par

tous engins aux appareils aériens autres que les engins d'aéromodélisme jusqu'à 5 kg et 10 cm³ dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable ont la propriété, la conduite ou la garde,

- les sinistres causés aux biens ou animaux, dont vous les personnes dont vous êtes civilement responsable avez la propriété, l'usage ou la garde (sauf dans le cadre des stages),
- les dommages matériels et immatériels consécutifs causés par les eaux, un incendie ou une explosion s'ils résultent de sinistres ayant pris naissance dans les locaux ou caravane dont vous êtes propriétaire, locataire ou occupant à titre quelconque.

B - Défense et Recours :

Outre les exclusions générales du contrat et celles spécifiques à la garantie responsabilité civile, l'extension Défense et Recours ne s'applique pas aux :

- litiges dont l'intérêt financier en principal porte sur un montant inférieur à 225 euros,
- montants des condamnations tant civiles que pénales,
- litiges relevant d'un acte intentionnel ou de la procédure dite des « amendes de composition »,
- litiges dont le fait générateur est survenu soit avant la prise d'effet du contrat, soit après la date de prise d'effet de la résiliation, soit au cours d'une période de suspension des garanties,
- litiges de mitoyenneté,
- litiges découlant d'opérations de construction, de restauration ou réhabilitation immobilières dans les risques assurés et dans les risques voisins,
- litiges intervenant dans le cadre d'une succession, d'une cessation d'indivision, d'une opération de partage familial,
- litiges provoqués par une interruption d'activité, une dissolution de société ou d'association ; procédures engagées sans l'accord préalable de l'Assureur.

Tableau des garanties et franchises :

GARANTIES	MONTANTS	FRANCHISES
Tous dommages confondus dont	7.500.000 euros /sinistre	Néant sur corporels
Intoxication alimentaire	770.000 euros /sinistre	90 euros / sinistre
Dommages matériels et immatériels	770.000 euros /sinistre	90 euros / sinistre
Dommages aux biens confiés lors de stages professionnels	16.000 euros / sinistre	120 euros / sinistre
Défense Recours	10.000 euros / sinistre	Seuil d'intervention : 225 euros

La Société Mutualiste des Etudiants de la Région Antilles-Guyane (SMERAG), N° SIREN 402 127 146, adhérente à emeVia dont le siège social est situé au 250 Rue Saint Jacques 75005 Paris, N° SIREN 319 579 736, est totalement substituée dans ses garanties par l'Union Mutualiste Générale de Prévoyance (UMGP) dont le siège social est situé au 28, rue Fortuny 75017 Paris, N° SIREN 316 730 662. La SMERAG et l'UMGP sont soumises aux dispositions du livre II du code de la Mutualité.

Annexe 1 : Modèle lettre de rétractation

Votre nom :
Votre prénom :
Votre adresse :
Votre date de naissance :

**Lettre recommandée
avec accusé de réception**

SMERAG
ADRESSE
CP VILLE

À....., le

Vos références :
N° de sécurité sociale :
N° d'adhérent :
N° de transaction bancaire (si paiement par carte pu virement) :

Objet : Annulation d'une souscription dans le délai de 30 jours.

Monsieur le Directeur,

Le (**date de la demande**), j'ai souscrit un contrat «complémentaire santé» : (nom de la garantie) SMERAG.

Conformément à l'article L. 223-8 du Code de la Mutualité, le délai de 30 jours à compter de la date à laquelle j'ai été informé(e) que mon adhésion a pris effet n'étant pas expiré, je vous demande d'annuler ma souscription et de me retourner..... (L'acompte versé, le montant versé).

Dans cette attente, veuillez accepter Monsieur le Directeur, mes sincères salutations.

Signature,

P.J : - Copie de mon bulletin d'adhésion.
- Original de mon RIB pour remboursement de la cotisation acquittée au titre de la garantie souscrite.

Annexe 2 : Garantie HOSPITALIÈRE SMERAG 2018-2019

Remboursement Sécu + Mutuelle sur la base des tarifs de la Sécurité sociale dans le cadre du parcours de soins (A) (B)	Taux Sécurité sociale	Hospitalière SMERAG < Taux Sécurité sociale + mutuelle >
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	80 à 100 %	100 %
Vaccins (A.M.M à la date de soin)	0 à 65 %	35 à 100 %
Forfait journalier hospitalier 20 € / jour (dans la limite de 3 jours par année universitaire)	/	100 %

Annexe 3 : Garanties Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG 2018-2019

LES MUTUELLES COMPLÉMENTAIRES SMERAG :

EN REMBOURSEMENT, DE TOUT OU PARTIE, DES TAUX DE LA SÉCURITÉ SOCIALE



Remboursements Sécu + Mutuelle sur la base des tarifs de la Sécurité sociale dans le cadre du parcours de soins ^(A) ^(B)	Taux Sécurité sociale	Minimale SMERAG 10€/mois 120€/an	Fondamentale SMERAG 29,50€/mois 354€/an	Totale SMERAG 44€/mois 528€/an
SOINS COURANTS				
< Taux Sécurité sociale + Mutuelle >				
CONSULTATION / VISITE À DOMICILE JUSTIFIÉE				
Généralistes (Médecin traitant et correspondant)	70%	100%	100%	100%
Spécialistes (Médecin traitant et correspondant) ⁽¹⁾	70%	100%	100%	130%
Pharmacie 100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie 65%	65%	95%	100%	100%
Pharmacie 30%	30%	30%	100%	100%
Pharmacie 15%	15%	15%	15%	15%
Analyses médicales	60%	95%	100%	100%
Dentaire (soins et prothèses)	70%	70%	100%	100%
Cure thermale	70%	70%	100%	100%
Sage femme	70%	70%	100%	100%
Radiologie / Actes médic. / Chirurgie sans hospi. (avec soins < 120 €)	70%	70%	100%	130%
Optique acceptée par la Sécurité sociale	60%	60%	100%	300%
Prothèses (hors dentaire), pansements, accessoires et petit appareillage ⁽²⁾	60%	60%	100%	130%
Transport médical	65%	65%	100%	100%
Auxiliaires médicaux	60%	60%	100%	100%
HOSPITALISATION				
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	80 à 100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier 20 €/jour et 15 €/jour pour la psychiatrie ⁽³⁾		100%	100%	100%
Participation assuré 18 €		100%	100%	100%
MES PARCOURS PRÉVENTION SANTÉ				
Bien-être dans son assiette ⁽⁴⁾		GRATUIT	GRATUIT	GRATUIT
Bien-être dans son corps ⁽⁴⁾				
Bien-être dans sa tête ⁽⁴⁾				
Bien-être ensemble ⁽⁴⁾				
FORFAITS ANNUELS INCLUS				
Détartrage (2 séances/année universitaire)		100%	100%	100%
Dépistage Hépatite B		100%	100%	100%
Forfait vaccins (non remboursés par la Sécurité sociale) ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾		30€	30€	30€
Forfait naissance ⁽⁷⁾			60€	120€
Forfait cure de sevrage tabagique ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾			30€	30€
Forfait optique : montures, verres correcteurs, lentilles ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾				75€
Forfait dentaire : prothèses ⁽³⁾ ⁽⁶⁾			50€	100€
Forfait pilule contraceptive dernière génération ⁽⁸⁾ ⁽¹⁰⁾			40€	60€
Forfait pilule du lendemain ⁽⁶⁾			10€	10€
Forfait test de grossesse ⁽⁶⁾				20€
Forfait cure ⁽⁶⁾				20€
FORFAIT "BIEN-ÊTRE"*				
Consultation diététique ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾			20€	40€
Consultation ostéopathie ⁽¹²⁾				20€
LE PACK SMERAG				
Responsabilité Civile ⁽¹³⁾ , Individuelle Accident ⁽¹⁴⁾ , Assistance "Voyage" ⁽¹³⁾ , Hospitalisation Accidentelle		INCLUS	INCLUS	INCLUS
FONDS D'ENTRAIDE				
Fonds d'entraide ⁽¹⁵⁾		INCLUS	INCLUS	INCLUS

* Votre agence locale SMERAG (voir coordonnées en page 6) vous fournit sur demande les coordonnées des professionnels de santé (diététiciens et ostéopathes).

Le présent tableau a été élaboré sur la base de la loi du 13/08/2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie et aux décrets d'application.

Les mutuelles SMERAG (Minimale, Fondamentales, Totale) respectent les dispositions des articles L. 871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

De ce fait les dépassements et majorations liés au non respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge ainsi que le ticket modérateur supplémentaire.

Les dépassements que peuvent demander les médecins spécialistes restent à la charge du patient dans la limite du montant (8 € à la date du 30 avril 2006) défini par la ou les conventions nationales conclues dans le cadre de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale. La participation forfaitaire de 1 € et la franchise médicale, obligatoires, restent à la charge de l'adhérent si celles-ci sont dues.

(A) Les taux de remboursement s'appliquent sur les tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale en vigueur à la date de l'Assemblée Générale de la SMERAG du 28 avril 2018. Ils incluent le remboursement Sécurité sociale, hors participation forfaitaire et franchise médicale, si celles-ci sont dues, et dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

(B) Se reporter au contenu des articles du Règlement mutualiste et Notice d'informations référencés SMERAG 2018 pour connaître la date d'effet des garanties, le détail des prestations, leurs conditions de versement et les exclusions.

(1) Remboursement des visites ou consultations de psychiatrie ou neuropsychiatrie limité à 100% pour la garantie Totale.

(2) Après accord de la Sécurité sociale.

(3) Forfait journalier hospitalier limité à 30 jours pour la Minimale, limité à 45 jours pour la Fondamentale, limité à 60 jours pour la Totale, et pour la psychiatrie et neuropsychiatrie limité à 20 jours/année universitaire

(4) mes parcours prévention santé : nombre de parcours limité et gratuit – plus d'informations sur smerag.fr

(5) Vaccins, dont le Vaccin Anti-Grippal, et rappels non pris en charge par la Sécurité sociale ayant une autorisation de mise sur le marché à la date des soins.

(6) Forfait annuel versé par année universitaire sur présentation des factures correspondantes.

(7) Une seule prime par enfant versée à l'adhérent(e) au moment de la naissance ou en cas d'adoption, sous

réserve d'au moins dix mois consécutifs d'adhésion à la même garantie.

(8) En complément du remboursement Sécurité sociale de 50 €/an, participation de la SMERAG à hauteur de 30 €.

(9) Forfait s'appliquant aux montures et verres remboursés par la Sécurité sociale et aux lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale.

(10) Pilule contraceptive de dernière génération.

(11) Prise en charge à hauteur de 20 € par consultation de la consultation diététique pour la Fondamentale SMERAG ; et prise en charge à hauteur de 20 € pour la 1ère consultation et 10 € par consultation pour chacune des 2 suivantes pour la Totale SMERAG.

(12) Remboursements sur présentation d'une facture acquittée portant le cachet complet et le numéro d'identifiant du professionnel de santé obligatoirement agréé.

(13) Risques assurés par la Compagnie d'assurance ACE Europe.

(14) Garantie réassurée à hauteur de 80% par la Compagnie d'assurance ACE Europe.

(15) Sur présentation du dossier. L'attribution des allocations d'entraide est laissée à la libre appréciation de la SMERAG (décision du Président ou de son délégué, sur avis de la commission du fonds d'entraide), en fonction de la situation personnelle de l'adhérent et dans la limite des fonds dont dispose la SMERAG.

* Voir conditions prévues au Règlement Mutualiste et Notices d'informations référencés SMERAG 2018

Annexe 3 : Garanties Minimale SMERAG, Fondamentale SMERAG et Totale SMERAG 2018-2019 souscrites au prorata « 9 mois », « 6 mois », « 3 mois »

LES MUTUELLES COMPLÉMENTAIRES SMERAG :

EN REMBOURSEMENT, DE TOUT OU PARTIE, DES TAUX DE LA SÉCURITÉ SOCIALE



Remboursements Sécu + Mutuelle sur la base des tarifs de la Sécurité sociale dans le cadre du parcours de soins (A) (B)	Taux Sécurité sociale	Minimale SMERAG 10€/mois			Fondamentale SMERAG 29,50€/mois			Totale SMERAG 44€/mois		
		9 mois	6 mois	3 mois	9 mois	6 mois	3 mois	9 mois	6 mois	3 mois
		90€	60€	30€	265,50€	177€	88,50€	39€	26€	13€
SOINS COURANTS		Taux Sécurité sociale + Mutuelle								
CONSULTATION / VISITE À DOMICILE JUSTIFIÉE										
Généralistes (Médecin traitant et correspondant)	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Spécialistes (Médecin traitant et correspondant) (1)	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	130%	130%	130%
Pharmacie 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie 65%	65%	95%	95%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie 30%	30%	30%	30%	30%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie 15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%
Analyses médicales	60%	95%	95%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Dentaire (soins et prothèses)	70%	70%	70%	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cure thermique	70%	70%	70%	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Sage femme	70%	70%	70%	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Radiologie / Actes médic. / Chirurgie sans hospi. (avec soins < 120 €)	70%	70%	70%	70%	100%	100%	100%	130%	130%	130%
Optique acceptée par la Sécurité sociale	60%	60%	60%	60%	100%	100%	100%	300%	300%	300%
Prothèses (hors dentaire), pansements, accessoires et petit appareillage (2)	60%	60%	60%	60%	100%	100%	100%	130%	130%	130%
Transport médical	65%	65%	65%	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Auxiliaires médicaux	60%	60%	60%	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
HOSPITALISATION										
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	80 à 100%	100%			100%			100%		
Forfait journalier hospitalier 20 €/jour et 15 €/jour pour la psychiatrie (3)		100%			100%			100%		
Participation assuré 18 €		100%			100%			100%		
MES PARCOURS PRÉVENTION SANTÉ NOUVEAU										
Bien-être dans son assiette(4)		GRATUIT			GRATUIT			GRATUIT		
Bien-être dans son corps(4)		GRATUIT			GRATUIT			GRATUIT		
Bien-être dans sa tête(4)		GRATUIT			GRATUIT			GRATUIT		
Bien-être ensemble(4)		GRATUIT			GRATUIT			GRATUIT		
FORFAITS ANNUELS INCLUS										
Détartrage (2 séances/année universitaire)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Dépistage Hépatite B		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait vaccins (non remboursés par la Sécurité sociale) (6) (6)		22,50€	15€	7,50€	22,50€	15€	7,50€	22,50€	15€	7,50€
Forfait cure de sevrage tabagique (6) (7)					22,50€	15€	7,50€	22,50€	15€	7,50€
Forfait optique : montures, verres correcteurs, lentilles (6) (8)								56,25€	37,50€	18,75€
Forfait dentaire : prothèses (2) (6)					37,50€	25€	12,50€	75€	50€	25€
Forfait pilule contraceptive dernière génération (6)					30€	20€	10€	45€	30€	15€
Forfait pilule du lendemain (6)					7,50€	5€	2,50€	7,50€	5€	2,50€
Forfait test de grossesse (6)								15€	10€	5€
Forfait cure (6)								15€	10€	5€
FORFAIT "BIEN-ÊTRE" **										
Consultation diététique (9)					15€	10€	5€	30€	20€	10€
Consultation ostéopathie (9)								15€	10€	5€
LES + SMERAG										
Assurance étudiante (Responsabilité civile (10), Individuelle Accident (11), Assistance Rapatriement (10))		INCLUS**			INCLUS**			INCLUS**		
Carte Club Privilèges SMERAG		INCLUS**			INCLUS**			INCLUS**		
FONDS D'ENTRAIDE										
Fonds d'entraide (12)		INCLUS			INCLUS			INCLUS		

* Votre agence locale SMERAG vous fournit sur demande les coordonnées des professionnels de santé (diététiciens et ostéopathes).

Le présent tableau a été élaboré sur la base de la loi du 13/08/2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie et aux décrets d'application.

Les mutuelles SMERAG (Minimale, Fondamentale, Totale) respectent les dispositions des articles L. 871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

De ce fait les dépassements et majorations liés au non respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge ainsi que le ticket modérateur supplémentaire.

Les dépassements que peuvent demander les médecins spécialistes restent à la charge du patient dans la limite du montant (8 € à la date du 30 avril 2006) défini par la ou les conventions nationales conclues dans le cadre de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale. La participation forfaitaire de 1 € et la franchise médicale, obligatoires, restent à la charge de l'adhérent si celles-ci sont dues.

** Voir conditions prévues au Règlement Mutualiste et Notices d'Informations référencés SMERAG 2018.

(A) Les taux de remboursement s'appliquent sur les tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale en vigueur à la date de l'Assemblée Générale de la SMERAG du 28 avril 2018. Ils incluent le remboursement Sécurité sociale, hors participation forfaitaire et franchise médicale, si celles-ci sont dues, et dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

(B) Se reporter au contenu des articles du Règlement mutualiste et Notice d'Informations référencés SMERAG 2018 pour connaître la date d'effet des garanties, le détail des prestations, leurs conditions de versement et les exclusions.

(1) Remboursement des visites ou consultations de psychiatrie ou neuropsychiatrie limité à 100 % pour la garantie Totale.

(2) Après accord de la Sécurité sociale.

(3) Forfait journalier hospitalier limité à :

Pour la Minimale :

9 mois = 23 jours/année universitaire

6 mois = 15 jours/année universitaire

3 mois = 8 jours / année universitaire

Pour la Fondamentale :

9 mois = 34 jours / année universitaire

6 mois = 23 jours / année universitaire

3 mois = 11 jours / année universitaire

Pour la Totale :

9 mois = 45 jours / année universitaire

6 mois = 30 jours / année universitaire

3 mois = 15 jours / année universitaire

Pour la psychiatrie et neuro-psychiatrie, forfait limité à :

9 mois = 15 jours / année universitaire

6 mois = 10 jours / année universitaire

3 mois = 5 jours / année universitaire

(4) Mes parcours prévention santé : nombre de parcours illimité et gratuit - plus d'informations sur smerag.fr

(5) Vaccins, dont le Vaccin Anti-Grippal, et rappels non pris en charge par la Sécurité sociale ayant une autorisation de mise sur le marché à la date des soins.

(6) Forfait proratisé en fonction de la durée d'adhésion, remboursement sur présentation des factures correspondantes dans la limite du forfait.

(7) En complément du remboursement Sécurité sociale de 50 € / an, participation de la SMERAG proratisée en fonction de la durée d'adhésion.

(8) Forfait proratisé s'appliquant aux montures et verres remboursés par la Sécurité sociale et aux lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale.

(9) Montant proratisé. Remboursements sur présentation d'une facture acquittée portant le cachet complet et le n° d'identifiant du professionnel de santé obligatoirement agréé.

(10) Risques assurés par la Compagnie d'assurance ACE Europe.

(11) Garantie réassurée à hauteur de 80% par la Compagnie d'assurance ACE Europe.

(12) Sur présentation du dossier. L'attribution des allocations d'entraide est laissée à la libre appréciation de la SMERAG (décision du Président ou de son délégué, sur avis de la commission du fonds d'entraide), en fonction de la situation personnelle de l'adhérent et dans la limite des fonds dont dispose la SMERAG.