



Santé et Prévoyance - Entreprise

Conditions générales Santé



10 Janvier 2012

Le présent contrat d'assurance Santé collective est régi par les dispositions de l'ordonnance 95-07 du 25/01/1995 sur les assurances modifiée et complétée par la loi 06-04 du 20 Février 2006, le Décret Exécutif N°95-410 du 09/12/1995 relatif aux différentes combinaisons d'assurance et le Décret Exécutif N°95-338 du 30/10/95 relatif à la codification des opérations d'assurance modifié et complété, ainsi que par les Conditions Générales qui suivent.

Définitions

Article 1. Objet du contrat

Article 2. Territorialité

Article 3. Conditions d'admission

Article 4. Date d'effet et durée du contrat

Article 5. Personnes assurées

Article 6. Déclaration du souscripteur

Article 7. Incorporation - Radiation

Article 8. Perte de la qualité d'assuré

Article 9. Obligation du souscripteur

Article 10. Prestations assurées

Article 11. Mise en vigueur des prestations

Article 12. Montant des prestations

Article 13. Paiement de prime

Article 14. Conséquences pour non paiement de prime

Article 15. Déclaration et règlement de sinistre

Article 16. Exclusions

Article 17. Arbitrage

Article 18. Subrogation

Article 19. Prescriptions

Définitions

On entend par maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente, est assimilée à une maladie.

On entend par accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

On entend par soins médicaux :

- Les consultations, les visites et les actes de petite chirurgie ;
- Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux ;
- Les examens médicaux (analyses biologiques, radiographie et imagerie médicale).

On entend par hospitalisation :

- Hospitalisation médicale en clinique ;
- Hospitalisation chirurgicale en clinique ;
- Frais de séjour du bénéficiaire.

On entend par maternité :

- Consultation pré et post natales ;
- Echographie de grossesse ;
- Accouchement avec ou sans complication ;
- Frais de séjour du bénéficiaire.

Article 1. Objet du contrat

Le présent contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire ou facultative qui engage le souscripteur et l'assureur, conjointement désignés aux Conditions Particulières.

Il a pour objet de garantir aux adhérents, des prestations de santé, si elles sont mentionnées aux conditions particulières.

Article 2. Territorialité

Cette assurance couvre les frais médicaux engagés par les personnes assurées en Algérie ou lors de leur séjour à l'étranger.

Article 3. Conditions d'admission

Pour bénéficier de la qualité d'assuré, tout membre de l'effectif assurable devra :

- remettre à l'assureur par écrit son consentement d'adhésion au contrat d'assurance en remplissant et signant une demande individuelle sur formulaire fourni par l'assureur ;
- être affilié à un régime obligatoire de la Sécurité Sociale ;
- être effectivement en fonction et jouir d'un bon état de santé au moment de la demande d'adhésion ;
- être âgé de moins de 60 ans ;
- désigner le, ou les bénéficiaire(s) en cas de décès ;
- être accepté par l'assureur après examen de la demande ;

L'assureur avisera le souscripteur de son acceptation ou de son refus dans un délai de trente (30) jours suivant la réception de la demande d'adhésion de l'assuré.

En cas d'acceptation, la garantie sera effective à dater du jour de réception de la demande d'adhésion.

Article 4. Date d'effet et durée du contrat

Le contrat ne prend effet que le lendemain à zéro heure du versement de la première prime ou provision et après signature de la police par les parties contractantes.

Le présent contrat est souscrit pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet.

A partir de cette date, il est renouvelable annuellement le 1^{er} Janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties, au moins trois (3) mois à l'avance par lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.

Article 5. Personnes assurées

Peuvent bénéficier de cette prestation:

- l'adhérent ;
- le conjoint de l'assuré non salarié ;
- les enfants à charge de l'adhérent au sens de la Sécurité Sociale ;
- les parents de l'adhérent à sa charge exclusive au sens de la Sécurité Sociale.

Article 6. Déclaration du souscripteur

À la mise en place de ce contrat, fournir :

- la liste nominative de la totalité des salariés du groupe à assurer , avec leurs dates de naissance, sexe, situation de famille et la base de calcul des primes pour l'année écoulée ;
- les bulletins individuels d'adhésion ;
- les déclarations d'état de santé si le groupe à assurer comporte moins de six salariés.

En cas de déplacement professionnel d'un adhérent dans un pays en guerre civile ou étrangère :

- Le souscripteur doit impérativement déclarer le déplacement de l'adhérent avant son départ, et ce afin de permettre à l'assureur de se prononcer sur les conditions d'application de ses garanties.

Article 7. Incorporation - Radiation

Incorporation :

Le souscripteur s'engage à déclarer toute incorporation en cours d'année et à transmettre les bulletins d'adhésion pour tout nouvel arrivant dans le groupe assuré.

Radiation :

La radiation intervient lorsque :

- la garantie cesse de produire ses effets, de plein droit ;
- lors de la cessation du paiement des primes.

Toutefois, la garantie reste acquise pour les sinistres déclarés survenus avant la date d'effet de la radiation.

Article 8. Perte de la qualité d'assuré (e)

Une fois admis au contrat et la prime versée, l'adhérent ne peut en être exclu contre son gré tant qu'il fait partie du groupe assuré, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi.

L'adhérent cesse de bénéficier des garanties dès :

- qu'il sort du groupe assuré (maternité, longue maladie, formation longue durée à l'étranger, les personnes en arrêt ou suspension de travail, mise en disponibilité, congé sans solde),
- que son contrat de travail est rompu,
- son 60^{ème} anniversaire,
- la résiliation de ce contrat.

Article 9. Obligations du Souscripteur

Conformément à l'article 15 alinéa 1^{er} de l'ordonnance 95-07 modifiée et complétée par la loi 06-04 du 20 Février 2006, le souscripteur s'oblige à faire toutes les déclarations nécessaires dans les formes requises par l'assureur.

Celui-ci se réserve le droit de vérifier à tout moment l'exactitude de ces déclarations.

Il s'engage à mettre à la disposition de l'assureur, tous les documents en sa possession afin de lui permettre de procéder à cette vérification et devra déclarer la totalité des personnes composant l'effectif assurable, toute modification survenant dans sa composition, dans la situation de famille, dans le salaire de référence des assurés et ce, dans le mois suivant la date à laquelle cette modification s'est produite.

Article 10. Prestations Assurées

1. Soins médicaux:

Les soins médicaux doivent être donnés ou prescrits par un médecin diplômé et reconnu comme tel par la Sécurité Sociale.

Les frais engagés sont remboursés suivant le barème prévu aux Conditions Particulières.

2. Pharmacie:

La garantie est limitée aux médicaments prescrits par le médecin suivant ordonnance et remboursés par la Sécurité Sociale, (sauf convention contraire mentionnée aux Conditions Particulières).

Les frais engagés sont remboursés suivant le barème prévu aux Conditions Particulières.

3. Frais de séjour en clinique ou à l'hôpital :

Cette garantie prend effet lorsque l'hospitalisation a lieu dans un hôpital ou une clinique, qu'il y ait ou non intervention chirurgicale, le séjour doit être prescrit par le médecin traitant.

Les frais engagés sont remboursés suivant le barème prévu aux Conditions Particulières.

4. Transport du malade :

a. A travers le territoire national :

Lorsque l'état de santé de l'adhérent nécessite, sur ordre du médecin, son évacuation vers un centre de soins, les frais de transport occasionnés par cette situation seront pris en charge conformément au barème prévu aux Conditions Particulières.

b. Transport du malade pour soins à l'étranger :

Lorsque l'état de santé d'un adhérent nécessite des soins à l'étranger dûment autorisés et préalablement pris en charge par la caisse de Sécurité Sociale, les frais de transport du malade hors de l'Algérie seront remboursés en complément des remboursements éventuels de la Sécurité Sociale suivant le barème figurant aux Conditions Particulières.

c. Frais de transport de l'accompagnateur du malade pour soins à l'étranger :

Lorsque l'état de santé de l'adhérent nécessite d'être accompagné pour soins à l'étranger, les frais de transport de l'accompagnateur seront pris en charge par l'assureur dans les mêmes conditions que ceux de l'adhérent, s'ils ne sont pas pris en charge par la caisse de Sécurité Sociale.

Le médecin devra prescrire la personne accompagnatrice de l'adhérent.

5. Prothèse auditives et orthopédiques :

Les appareils de prothèse sont remboursés suivant le barème figurant aux Conditions Particulières.

Toutefois, le renouvellement doit être prescrit par le médecin traitant et pris en charge par la Sécurité Sociale.

6. Soins et prothèses dentaires :

Les soins et les prothèses dentaires sont remboursés en complément de la Sécurité Sociale suivant le barème des Conditions Particulières.

Toutefois, la prise en charge des prothèses dentaires est subordonnée à l'accord préalable de l'assureur après remise d'un devis détaillé établi par le chirurgien dentiste traitant.

7. Lunetteries :

Les frais de lunetteries sont remboursés en complément de la Sécurité Sociale, et dans les limites au barème annexé aux Conditions Particulières.

Lorsque le médecin prescrit le port des lunettes de près et de loin, la garantie joue pour chacune des paires.

Les lentilles ou verres de contact sont pris en charge dans les limites du barème figurant aux Conditions Particulières.

8. Cures thermales :

La garantie est conditionnée par la prise en charge de la Sécurité Sociale.

Les frais de cure thermale sont remboursés suivant le barème des Conditions Particulières.

Article 11. Mise en vigueur des prestations

a) Adhésion à la souscription du contrat :

Les prestations sont accordées immédiatement aux membres du personnel qui ne sont pas soumis aux formalités médicales, dès signature de la demande individuelle d'adhésion par l'assuré, par lequel il donne son consentement à l'assurance.

Ceux qui sont soumis aux formalités médicales ne sont garantis qu'après acceptation du risque par l'assureur.

Les personnes en arrêt de travail; mise en disponibilité, congé sans solde, ou en suspension de travail pour quelle cause que ce soit, ne pourront bénéficier des prestations qu'après la reprise du travail, et à condition que leur état de santé soit jugé satisfaisant par l'assureur.

b) Adhésion en cours de contrat :

Tout nouveau membre du personnel ne bénéficiera des prestations du présent contrat que s'il satisfait aux conditions prévues à l'article 3 ci-dessus.

Toutefois si l'adhérent est soumis à une visite médicale, il ne sera garanti qu'après acceptation du risque par l'assureur.

Article 12. Montant des prestations

Le montant des prestations de santé viennent toujours en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale.

Toutefois, le cumul entre les remboursements effectués par l'assureur, et ceux effectués par la Sécurité Sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance ne peut être supérieur

aux débours réels engagés par l'adhérent et dans les limites fixées aux Conditions Particulières.

Article 13. Paiement de prime

Les primes ou provisions dues au titre des prestations du présent contrat sont payables annuellement d'avance, sauf dérogation aux Conditions Particulières.

En fin de chaque année civile, il sera procédé au calcul de la prime exacte du groupe pour chaque prestation (sauf convention contraire mentionnée aux Conditions Particulières).

Article 14. Conséquences pour non paiement de prime

En cas de défaut de paiement, et conformément aux articles 16 et 84 de l'ordonnance 95-07 sur les Assurances, l'effet de l'assurance est suspendu de plein droit pour l'ensemble des adhérents trente (30) jours après la mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dix (10) jours après l'expiration de ce délai, si la prime et les frais n'ont pas été acquittés, l'assureur a le droit de résilier le contrat en le notifiant au souscripteur par une lettre recommandée et avec accusé de réception.

En cas de résiliation du contrat, les adhérents cesseront de bénéficier des garanties de la première prime restée impayée.

La portion de prime afférente à la période garantie reste due à l'assureur.

Article 15. Déclaration et règlement de sinistre

Toute déclaration de sinistre doit être faite par le souscripteur, l'adhérent ou un membre de sa famille, à l'assureur dans les quinze jours qui suivent la première visite du médecin traitant, sauf impossibilité, dument justifiée.

Cette déclaration sera faite par écrit ou verbalement contre récépissé.

Elle précisera en particulier la nature de la maladie et la date des premiers symptômes.

Dans les trente jours qui suivent la fin du traitement, l'adhérent devra communiquer à l'assureur toutes les pièces justificatives des frais engagés par lui, tels que notes d'honoraires, notes de frais de clinique, ainsi que tous documents pouvant servir pour le règlement du dossier.

Le règlement des prestations aura lieu dans les quinze jours qui suivent la remise des pièces, en Algérie et en Dinars Algériens.

Article 16. Exclusions

- Les accidents résultants de paris, de guerre étrangère, guerre civile, émeutes ou mouvement populaire, attentat, rixe (sauf cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel).
- Les accidents occasionnés directement ou indirectement par la désintégration du noyau atomique.
- Les maladies résultant d'alcoolisme, de l'usage de stupéfiants non-prescrits médicalement, d'une tentative de suicide ou fait intentionnel de l'adhérent.
- Toute maladie ou infection déclarée ou non avant l'admission au contrat d'assurance pouvant être considérée comme rechute ou une aggravation d'un état préexistant à moins que l'adhérent n'en apporte la preuve contraire.
- Les soins donnés ou prescrits par un rebouteux, un empirique, un médecin non diplômé.
- Les soins non causés directement par une maladie ou un accident tels que cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, traitements esthétiques, etc.
- Ne sont pas pris en charge les achats d'eaux minérales, de produits dits fortifiants, de médicaments offerts par réclame, de produits toniques et de suralimentation, de café sans caféine, cacao, d'objets à usage médical tel que thermomètre, inhalateurs, seringues, etc.

Article 17. Arbitrage

En cas de difficultés sur l'application du contrat, les parties contractantes s'engagent à s'en rapporter à la décision rendue par deux arbitres choisis respectivement par chacune d'elles.

Dans le cas où les deux arbitres n'arrivent pas à se mettre d'accord sur la décision à rendre, ils seraient tenus de choisir un tiers arbitre afin de les départager.

Faute d'entente sur son choix, la décision serait faite par le tribunal compétent à la requête de la partie la plus diligente.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que la deuxième décision n'aura pas été rendue.

La décision du troisième arbitre est obligatoire pour les parties. Les honoraires et les frais relatifs à sa nomination sont supportés par moitié par chacune d'elle.

Article 18. Subrogation

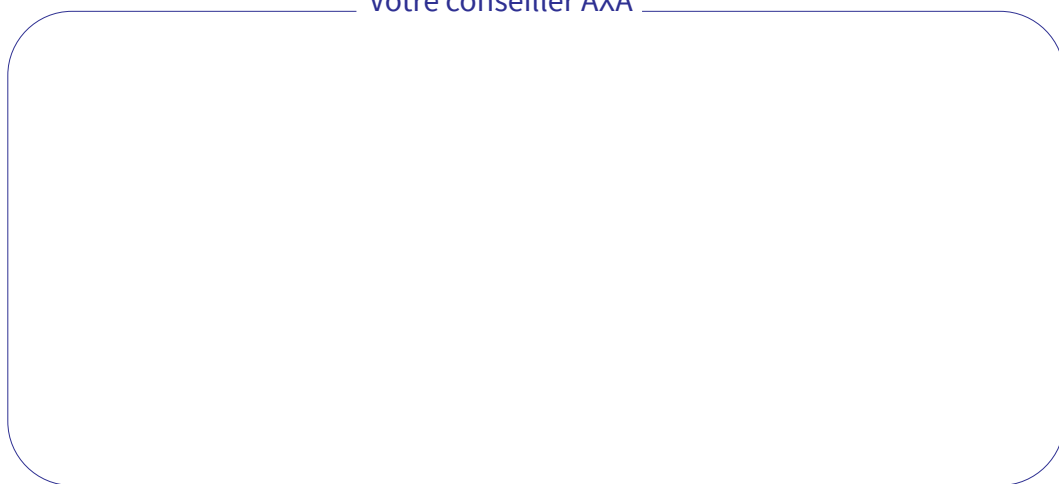
L'assureur est subrogé, à concurrence de prestations que nous avons versées dans tous les droits et actions de la victime contre les tiers responsables (article 38 de l'Ordonnance 95/07 du 25/01/1995 complétée et modifiée par la Loi 06/04 du 20/02/2006).

Article 19. Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par trois ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les termes de l'article 27 de l'ordonnance N°95-07 du 25 janvier 95 relative aux assurances, modifiée et complétée par la loi 06-04 du 20 février 2006.



Votre conseiller AXA



Rejoignez-nous sur axa.dz

