

Conditions Générales

DU CONTRAT HA163002S

LINKCARE INDIVIDUEL

FRAIS DE SANTÉ



Humanis

Protéger c'est s'engager

Préambule

Les présentes Conditions Générales référencées « CG / HA / LINKCARE / FS / 03.16 » jointes aux Conditions Particulières constituent le contrat individuel frais de santé LINKCARE HA163002S

Il est conclu entre :

Humanis Assurances,

Société Anonyme régie par le Code des assurances au capital social de 13.565.655 € entièrement libéré, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 447 883 661, dont le Siège social se situe 29 boulevard Edgar Quinet, 75014 PARIS, France.

Représentée par Sylvaine EMERY, dûment habilitée,

dénommée ci-après «**L'Assureur**»,

d'une part,

et

«Le Souscripteur» désigné aux Conditions Particulières et chargé de l'exécution du contrat,

d'autre part,

Conjointement dénommés «**Les Parties**».

La gestion du contrat est assurée par Humanis Assurances, via son service spécialisé dans la protection sociale des personnes en mobilité internationale, dénommé **Welcare**.

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

Il a pour objet de garantir, à la 1^{re} livre sterling, le remboursement ou la prise en charge des frais de santé engagés par les bénéficiaires, dans les limites fixées aux présentes Conditions Générales et précisées aux Conditions Particulières.

Ce contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires du Code des assurances français.

Toute modification au contrat sera constatée par voie d'avenant aux Conditions Particulières.

Il est précisé que l'adhésion à ce contrat ne dispense pas de cotiser aux régimes obligatoires du pays d'expatriation le cas échéant

Article 2 - DÉFINITIONS

Accident : tout événement soudain, imprévu et extérieur à la victime constituant la cause du dommage. En application de l'article 1315 du Code civil français, il appartient au bénéficiaire d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

Bénéficiaire : personne qui recevra la prestation due par l'Assureur en cas de réalisation d'un risque garanti par le présent contrat, à savoir :

- le Souscripteur ;
- le cas échéant les membres de sa famille assurés au titre du contrat, tels que définis à l'article 14 des présentes Conditions Générales, moyennant paiement des cotisations afférentes.

Concubin : personne vivant en concubinage avec le Souscripteur, dans les conditions prévues à l'article 515-8 du Code civil français.

Conjoint : le conjoint du Souscripteur non divorcé ni séparé de corps judiciairement.

Cotisation : somme payée par le Souscripteur en contrepartie des garanties accordées par le présent contrat.

Délai de carence : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Les délais de carence sont calculés par rapport à la date d'effet de l'adhésion du Souscripteur et/ou de chacun des bénéficiaires et à la date des soins et non la date d'envoi du dossier de remboursement. Les cotisations sont dues pendant le délai de carence.

Échéance : date à laquelle le Souscripteur doit payer la cotisation ou une fraction de celle-ci.

Frais réels : ensemble des dépenses engagées par un bénéficiaire pour ses soins de santé.

France : France métropolitaine (Corse comprise) et DOM-ROM.

Partenaire lié par un PACS : la personne liée au Souscripteur par un Pacte Civil de Solidarité.

Praticien diplômé / établissement régulièrement autorisé : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine légalement reconnu dans le pays où elle exerce habituellement son activité professionnelle.

Prescription : période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est recevable.

Royaume-Uni : Grande Bretagne (Angleterre, Ecosse, Pays de Galles) et Irlande du Nord.

Sinistre : événement, maladie ou accident mettant en jeu les garanties prévues au présent contrat.

Souscripteur : personne physique qui souscrit le contrat et qui paie les cotisations.

Subrogation : action par laquelle l'Assureur se substitue dans les droits et actions des bénéficiaires contre l'éventuel responsable de dommages afin d'obtenir le remboursement des sommes que l'Assureur a réglé à la suite d'un sinistre.

Article 3 - ADHÉSION AU CONTRAT

3.1 Conditions d'adhésion

Sont admissibles à l'assurance, les personnes de nationalité française, résidant au Royaume-Uni pour une durée au moins égale à un an en continu, âgées de moins de 60 ans à la date d'adhésion au présent contrat. L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année en cours à la date de l'adhésion et l'année de naissance.

Le Souscripteur doit résider en France ou au Royaume-Uni au jour de l'adhésion.

Le Souscripteur doit remplir un bulletin d'adhésion qui doit être communiqué à l'Assureur au moins 15 jours avant la date d'effet souhaitée du contrat.

L'adhésion peut être étendue, au moyen du bulletin d'adhésion, sous condition suspensive du paiement des cotisations afférentes et de la présentation des pièces justificatives permettant de bénéficier du contrat, à la famille du Souscripteur dans les conditions définies à l'article 14 des présentes Conditions Générales, pour autant qu'elle séjourne au Royaume-Uni.

3.2 Formalités médicales

Si le Souscripteur adhère au présent contrat plus de 6 mois après son départ de France, l'ensemble des bénéficiaires fera l'objet d'une sélection médicale effectuée via un questionnaire de santé renseigné et renvoyé par le Souscripteur au Médecin Conseil de l'Assureur, sous pli cacheté portant la mention « confidentiel ». Ce pli est adressé au Médecin Conseil d'Humanis, Cellule Médicale, 8, boulevard Vauban 59024 Lille cedex, France.

Après examen de ce questionnaire, le service médical de l'Assureur se réserve le droit :

- de demander, en fonction des résultats, toutes justifications, visites ou examens complémentaires ;
- de majorer la/les cotisations ;
- de refuser l'adhésion.

3.3 Obligations déclaratives du Souscripteur et/ou d'un bénéficiaire

3.3.1 À la souscription

Les déclarations faites sur le bulletin d'adhésion et sur le questionnaire de santé le cas échéant, permettent à l'Assureur de statuer sur l'acceptation ou non du risque et sur le montant des cotisations.

Le Souscripteur et/ ou les bénéficiaires s'engagent à effectuer des déclarations exactes.

3.3.2 En cours de contrat

Le Souscripteur et/ou les bénéficiaires s'engagent à informer l'Assureur de toute modification affectant une donnée figurant dans les Conditions Particulières (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu par l'Assureur produiront tous leurs effets).

3.3.3 Conséquence du non respect des obligations déclaratives

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du Souscripteur ou d'un bénéficiaire susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Souscripteur ou le bénéficiaire a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat sera annulé de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à l'Assureur et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le Souscripteur.

En cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle constatée avant la réalisation du risque l'Assureur peut :

- soit maintenir le contrat, moyennant une augmentation des cotisations acceptée par le Souscripteur ;
- soit résilier le contrat dix jours après notification adressée au Souscripteur par lettre recommandée en restituant la fraction de cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

En cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle constatée après la réalisation du risque, l'indemnité versée par l'Assureur est réduite en proportion du montant des cotisations payées par rapport au montant des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Renonciation au contrat

Si le Souscripteur a souscrit à distance, il dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer au contrat, à compter de la date d'effet précisée aux Conditions Particulières, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai expire le dernier jour à minuit. Il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé. L'adhésion au présent contrat ne produit ses effets qu'à l'expiration de ce délai de quatorze jours, sauf si le Souscripteur demande expressément son exécution à la date prévue aux Conditions Particulières en cochant la case prévue à cet effet sur le bulletin d'adhésion.

Le délai de renonciation court, soit à partir du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour de la réception des Conditions Particulières si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion du contrat.

L'Assureur est tenu de rembourser au Souscripteur au plus tard dans les trente jours, suivant la date à laquelle le Souscripteur a communiqué sa volonté de renoncer, toutes les sommes perçues en application du contrat.

Pour exercer ce droit de renonciation, le Souscripteur doit adresser une lettre recommandée avec avis de réception à Welcare, à l'adresse suivante :

Welcare, TSA 20016 – 41971 Blois cedex 9, France.

3.4 Prise d'effet de l'adhésion

3.4.1 L'adhésion du Souscripteur au présent contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières, au plus tôt le 1^{er} du mois qui suit l'acceptation du dossier par l'Assureur ou, le cas échéant, le 1^{er} du mois qui suit l'acceptation de la majoration de la/des cotisation(s) par le Souscripteur.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur les Conditions Particulières du contrat fait foi entre les Parties.

3.4.2 L'adhésion des autres bénéficiaires au présent contrat prend effet :

- en même temps que l'adhésion du Souscripteur lorsque les bénéficiaires figurent sur le bulletin d'adhésion et sous réserve de la présentation des pièces justificatives permettant de bénéficier du présent contrat ;
- dès réception de la demande d'adhésion si celle-ci est consécutive à un changement de situation maritale (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage), sous réserve que la demande soit effectuée dans les trente jours suivant la survenance de l'événement et sous réserve de la présentation des pièces justificatives permettant de bénéficier du contrat ;
- dès le jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande soit effectuée dans les trois mois suivant la survenance de l'événement et sous réserve de la présentation des pièces justificatives permettant de bénéficier du présent contrat ;
- le premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'adhésion accompagnée des pièces justificatives permettant de bénéficier du présent contrat, dans les cas non visés ci-avant.

Le Souscripteur peut utiliser le modèle de lettre ci-après proposé :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à ma souscription au contrat LINKCARE n° HA163002S

Fait à, le.....

Signature ».

3.5 Durée, renouvellement et cessation de l'adhésion

3.5.1 Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent contrat se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf résiliation par l'Assureur ou le Souscripteur.

Le renouvellement s'effectue selon les éventuelles nouvelles conditions tarifaires et/ou de garanties, dont le Souscripteur sera tenu préalablement informé au plus tard deux mois avant sa date de renouvellement.

3.5.2 Cessation de l'adhésion

3.5.2.1 L'adhésion du Souscripteur au présent contrat cesse :

- de plein droit :
 - à la date à laquelle il ne fait plus partie de la catégorie assurable telle que définie à l'article 3.1 des présentes Conditions Générales, exception faite de son âge ;
 - à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse française (CNAV) ou du Régime Social des Indépendants (RSI) ou de tout autre régime de base obligatoire français et en tout état de cause à la date de liquidation d'une retraite complémentaire française ;
 - en cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur. La résiliation sera effective le 40^e jour à compter de la publication au Journal Officiel du retrait de l'agrément ;
 - en cas de décès du Souscripteur, l'Assureur rembourse prorata temporis la partie de cotisation réglée, relative au Souscripteur, correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès et ce, à compter de la date de l'évènement.

Les bénéficiaires qui lui étaient rattachés le cas échéant, continuent à être garantis pendant 3 mois civils à compter de la date de l'évènement, moyennant paiement des cotisations afférentes. À l'issue de cette période et dans les 3 mois qui suivent, le conjoint ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut demander à adhérer à titre personnel s'il remplit les conditions d'adhésion décrites à l'article 3.1 des présentes Conditions Générales. Les formalités médicales ne seront pas applicables mais la précédente majoration de cotisation sera, le cas échéant, maintenue.

- à l'initiative du Souscripteur :
 - au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande soit envoyée à l'Assureur au plus tard le 30 novembre ;
 - à tout moment, dans les conditions prévues à l'article 113-16 du Code des assurances français.

La dénonciation par le Souscripteur de son adhésion est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion au présent contrat, sauf dérogation par l'Assureur.

- à l'initiative de l'Assureur :
 - en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 4.2 des présentes Conditions Générales ;
 - en cas de refus de la part du Souscripteur d'une révision de cotisation dans les conditions décrites à l'article 4.5 des présentes Conditions Générales ;
 - en cas de fausse déclaration non intentionnelle du Souscripteur ou d'un bénéficiaire constatée avant la réalisation du risque, dans les conditions décrites à l'article 3.3.3 des présentes Conditions Générales ;
 - à tout moment dans les conditions prévues à l'article 113-16 du Code des assurances français.

3.5.2.2 L'adhésion des autres bénéficiaires au présent contrat cesse :

- à la date de cessation de l'adhésion du Souscripteur, sauf en cas de décès du Souscripteur, dans les conditions prévues à l'article 3.5.2.1 des présentes Conditions Générales ;
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions pour être bénéficiaire telles que définies à l'article 14 des présentes Conditions Générales ;
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Souscripteur demande la résiliation de l'adhésion du bénéficiaire au plus tard le 31 octobre de l'année par lettre recommandée. La demande

adressée à l'Assureur après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

La cessation de l'adhésion prive de tout droit à prestation le Souscripteur ou tout autre bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion. Par exception, si le bénéficiaire est hospitalisé à la date de cessation de l'adhésion, l'Assureur accorde une prise en charge et/ ou un remboursement des soins effectués au titre du poste hospitalisation médicale et chirurgicale pendant les 3 jours suivant la date de cessation de l'adhésion.

Article 4 - COTISATIONS

4.1 Paiement des cotisations

Les cotisations doivent être réglées, d'avance, en livre sterling, trimestriellement, par le Souscripteur.

Le Souscripteur s'engage formellement à payer ses cotisations selon cette périodicité. Cette obligation n'est pas subordonnée à la réception par le Souscripteur d'un avis d'échéance émis par l'Assureur.

4.2 Non-paiement des cotisations

Conformément aux dispositions légales (art. L. 113-3 du Code des assurances français), à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur adressera au Souscripteur une lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Le contrat sera suspendu à l'expiration d'un délai de 30 jours, à compter du lendemain à 0 heure de la date d'envoi de la mise en demeure.

Le contrat sera résilié à l'expiration d'un nouveau délai de dix jours, au delà du trentième jour, et ce sans autre avis de l'Assureur.

En tout état de cause, les cotisations impayées restent dues, dans leur intégralité, à l'Assureur qui peut procéder à leur recouvrement par tout moyen à sa convenance.

Le contrat suspendu reprend ses effets pour l'avenir à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension des garanties.

Les dépenses engagées pendant la période de suspension des garanties ne pourront donner lieu à remboursement au titre du présent contrat, même après règlement de la cotisation.

Tout paiement de cotisation après la résiliation du contrat, qu'il soit partiel ou total, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les Parties et ne pourra, sauf demande expresse du Souscripteur acceptée par courrier de l'Assureur, constituer un renouvellement tacite du contrat et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

4.3 Montant des cotisations

À la souscription, le montant des cotisations est fixé aux Conditions Particulières, il est déterminé en fonction :

- des garanties souscrites ;
- de la tranche d'âge du Souscripteur et le cas échéant des autres bénéficiaires, calculé par millésime. L'âge pris en compte pour le calcul de la cotisation est l'âge atteint au cours de l'année d'adhésion ;
- le cas échéant, des réponses apportées au questionnaire de santé de chaque bénéficiaire, dans les conditions décrites à l'article 3.2 des présentes Conditions Générales.

4.4 Évolution et indexation du montant des cotisations

En cas de modification du niveau de garantie sélectionné à l'adhésion suite à une demande du Souscripteur, il sera tenu compte pour le calcul des cotisations, de la tranche d'âge du Souscripteur et le cas échéant, de celui des bénéficiaires, à la date de prise d'effet de ladite modification, calculé par millésime.

En cours de contrat le montant de la cotisation varie automatiquement en fonction du changement de tranche d'âge du Souscripteur et de chaque bénéficiaire, calculé par millésime. L'âge du Souscripteur et des bénéficiaires pris en compte pour le calcul de la cotisation est l'âge atteint au cours de l'année du renouvellement.

Indépendamment de cette évolution, les cotisations sont obligatoirement indexées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de la dernière évolution annuelle de l'indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) hors hospitalisation, connue au 1^{er} septembre de l'année précédente.

L'évolution et l'indexation énumérées ci-dessus sont automatiques. Elles s'imposent au Souscripteur sans qu'il soit besoin d'établir un avenant au présent contrat.

4.5 Révision des cotisations et/ ou des garanties

4.5.1 Le montant des cotisations est réexaminé par l'Assureur en fin d'année et peut être modifié en fonction des résultats du contrat.

La modification du montant doit être notifiée au Souscripteur au plus tard deux mois avant la date du renouvellement. Il prend effet à la date de renouvellement du contrat.

En cas de désaccord, le Souscripteur doit en aviser l'Assureur au plus tard un mois avant la date du renouvellement, ce refus entraînant la résiliation du contrat le dernier jour de l'année.

À défaut de manifestation dans le délai imparti, le Souscripteur est réputé avoir accepté la modification du montant des cotisations.

4.5.2 Le montant des cotisations et/ ou les garanties peuvent également être **modifiés à tout moment** par l'Assureur en fonction de l'évolution de la réglementation, notamment sociale et fiscale.

Cette modification doit être notifiée au Souscripteur au plus tard deux mois avant la date souhaitée de prise d'effet.

En cas de désaccord, le Souscripteur doit en aviser l'Assureur au plus tard un mois avant la date souhaitée de prise d'effet, ce refus entraînant la résiliation du contrat le dernier jour du mois qui suit le refus.

A défaut de manifestation dans le délai imparti, le Souscripteur est réputé avoir accepté la modification du montant des cotisations et/ou des garanties.

Article 5 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action d'un bénéficiaire ou du Souscripteur contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la

prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le bénéficiaire ou le Souscripteur ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription. Ces dernières sont prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil français, à savoir :

- la demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ;
- l'acte d'exécution forcé ;
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur au Souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 6 - SUBROGATION

L'Assureur qui a versé à un bénéficiaire des prestations ayant un caractère indemnitaire, est subrogé, jusqu'à concurrence de cette prestation, dans les droits et actions du bénéficiaire ou de ses ayants droit contre le tiers responsable.

Il est précisé que lorsque du fait de la victime ou de ses ayants droit, l'Assureur n'a pu faire valoir ses droits, celui-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droits.

Par dérogation aux dispositions précédentes, l'Assureur n'a aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer du bénéficiaire, sauf cas de malveillance commise par une de ces personnes.

Article 7 - RÉCLAMATION - MÉDIATION

Le Souscripteur ou le bénéficiaire qui souhaite formuler une réclamation peut d'abord consulter son interlocuteur habituel.

Si les réponses apportées ne donnent pas satisfaction, l'intéressé peut adresser sa réclamation à :

Humanis Assurances

Service Satisfaction Clients

303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran cedex - France

Tél (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par l'Assureur.

À compter de la réception de la réclamation, l'Assureur apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de 10 jours ouvrés. Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Assureur lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Assureur et après épuisement des voies de recours internes, le Souscripteur ou le bénéficiaire, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Assureur, peuvent saisir le Médiateur de l'Association Française de l'Assurance (AFA), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50010

75441 Paris cedex 09 - France

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

Article 8 - AUTORITÉ DE TUTELLE

L'Assureur est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège social est situé 61 rue Taitbout - 75436 Paris, France.

Article 9 - SOUSCRIPTION À DISTANCE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

9.1 Loi applicable

Les Parties déclarent se soumettre à la loi française et renoncer à toute procédure dans tout autre pays que la France.

9.2 Coût lié à l'utilisation de la technique de commercialisation à distance

La souscription du contrat par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le candidat à la souscription, dont le coût est à sa charge.

9.3 Langue utilisée

Les parties conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat.

9.4 Fonds de garantie

Le Souscripteur est informé par la présente disposition de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance de sociétés d'assurance de personnes visé aux articles L.423-1 et suivants du Code des assurances.

Article 10 - DISPOSITIONS DIVERSES

10.1 Secret professionnel

Conformément à l'article 226-13 du Code pénal français, l'Assureur est tenu au secret professionnel dans la mesure où il gère, pour l'exécution du contrat, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

TITRE II - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Article 11 - OBJET

Les présentes garanties ont pour objet le remboursement ou la prise en charge à la 1^{re} livre sterling des frais de santé exposés par le Souscripteur ou le cas échéant les bénéficiaires du contrat, **sous réserve des exclusions prévues à l'article 19 des présentes Conditions Générales.**

Seuls donnent lieu à remboursement ou prise en charge, les soins effectués à compter de la date d'effet de l'adhésion du bénéficiaire concerné et pendant la période d'effet des garanties, sous réserve des dispositions prévues à l'article 3.5.2 des présentes Conditions Générales.

Aucune restriction n'est imposée quant au choix d'un médecin, d'un hôpital etc. à condition qu'il s'agisse d'un praticien diplômé et/ou d'un établissement régulièrement autorisé.

10.2 Loi Informatique et Libertés

L'Assureur s'engage à effectuer les formalités qui lui incombent, en vertu des dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 complétée par la loi du 6 août 2004, en cas de mise en œuvre de traitements automatisés d'informations nominatives et notamment, la déclaration de traitement, préalablement à sa mise en œuvre, à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'information des personnes concernées par le traitement.

Les données nominatives sont destinées aux différents services de l'Assureur et le cas échéant à ses mandataires ou aux organismes professionnels concernés par le contrat.

Le Souscripteur ou le cas échéant les bénéficiaires peuvent demander la communication ou la suppression des données les concernant en adressant un courrier à l'Assureur.

10.3 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les présentes Conditions Générales ;
- les Conditions Particulières ;
- les avenants et lettres avenants.

En cas de contradiction entre les dispositions des Conditions Générales et celles des Conditions Particulières, ce sont celles qui figurent dans les Conditions Particulières qui l'emportent.

Les titres des articles du contrat n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le contrat exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les Parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les Parties se rapportant à l'objet du contrat.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

Cependant, l'Assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais de santé et coûts annexes à ce qui prévaut généralement en matière de coût moyen dans le pays où le patient est traité et dans tous les cas à ce qui est raisonnable. De même, la durée d'hospitalisation ne devra pas excéder la durée moyenne habituelle nécessaire en France à un même acte ou un même service.

Le coût «USUEL et RAISONNABLE», défini par l'Assureur est le montant le plus bas entre le coût demandé par le fournisseur et le coût qui prévaut dans la même région pour un service semblable offert par des fournisseurs de niveau professionnel identique.

Le montant des prestations versées par l'Assureur ne peut excéder les frais restant à la charge de l'Assuré, déduction faite des remboursements effectués par tout organisme de base ou complémentaire.

ARTICLE 12 - DATE D'EFFET DES GARANTIES

12.1 Date d'effet des garanties concernant le Souscripteur

Les garanties prennent effet dès la date d'effet de l'adhésion au présent contrat dès lors que :

- le Souscripteur justifie avoir bénéficié immédiatement avant la date d'effet de l'adhésion de garanties frais de santé équivalentes à celles de la formule choisie du présent contrat. Cette condition est soumise à l'étude par l'Assureur des garanties souscrites antérieurement et à la délivrance d'une attestation d'affiliation en cours de validité ou d'un certificat attestant d'une radiation datant de moins de 3 mois ;
- les remboursements ou la prise en charge des frais de santé sont la conséquence directe d'un accident dûment prouvé, survenu après la date d'effet de l'adhésion au présent contrat ;

Dans tous les autres cas, les garanties prennent effet à compter de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat après application d'un délai de carence de :

- **6 mois pour les appareillages ; les soins et prothèses dentaires ; l'orthodontie et les frais d'optique ;**
- **3 mois pour les autres frais.**

12.2 Date d'effet des garanties concernant les autres bénéficiaires

Les garanties prennent effet :

- en même temps que celles du Souscripteur lorsque les bénéficiaires figurent sur le bulletin d'adhésion au moment de la souscription du contrat et sous réserve de la présentation des pièces justificatives de la qualité de bénéficiaire ;
- dès l'acceptation par l'Assureur de la demande d'adhésion si celle-ci est consécutive à un changement de situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance, adoption) sous réserve que la demande soit effectuée dans les 60 jours suivant le mariage, la conclusion d'un PACS ou le concubinage et dans les 6 mois suivant la naissance ou l'adoption ;
- dès l'acceptation par l'Assureur de la demande d'adhésion si le bénéficiaire justifie avoir bénéficié immédiatement avant la date d'adhésion de garanties frais de santé équivalentes à celles de la formule choisie du présent contrat. Cette condition est soumise à l'étude par l'Assureur des garanties souscrites antérieurement et à la délivrance d'une attestation d'affiliation en cours de validité ou d'un certificat attestant d'une radiation datant de moins de 3 mois ;
- dès l'acceptation par l'Assureur de la demande d'adhésion si le bénéficiaire demande le remboursement ou la prise en charge de frais de santé qui sont la conséquence directe d'un accident dûment prouvé, survenu après la date d'effet de l'adhésion ;
- immédiatement pour les enfants inscrits dès leur naissance.

Dans tous les autres cas, les garanties prennent effet à compter de la date d'effet de l'adhésion du bénéficiaire au présent contrat après application d'un délai de carence de :

- **6 mois pour les appareillages ; les soins et prothèses dentaires ; l'orthodontie et les frais d'optique ;**
- **3 mois pour les autres frais.**

Article 13 - ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties produisent leurs effets au Royaume-Uni.

Les garanties produisent également leurs effets en France, lors de séjours n'excédant pas 90 jours consécutifs.

Article 14 - BÉNÉFICIAIRES

Bénéficient des présentes garanties, s'ils remplissent les conditions prévues à l'article 3.1 des présentes Conditions Générales :

- le Souscripteur ;
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin, à charge financière du Souscripteur ;
- ses enfants légitimes, reconnus ou adoptifs, ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS, ou de son concubin s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être à charge financière du Souscripteur et être âgé de moins de 20 ans,
 - être atteint, quel que soit leur âge, d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire,
 - être âgé de moins de 28 ans, être non salarié, non imposable et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.

Concernant la dernière condition, les enfants sont considérés comme étant à charge :

- jusqu'à la fin du trimestre civil de la fin des études ;
- jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 28^e anniversaire ; ou, jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur 28^e anniversaire.

Article 15 - CHOIX ET CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIES

15.1 Plusieurs niveaux de garanties sont laissés au choix du Souscripteur, lors de l'adhésion au contrat.

Le niveau choisi s'applique obligatoirement à l'ensemble des bénéficiaires définis à l'article 14 des présentes Conditions Générales.

15.2 Le Souscripteur peut, s'il le désire, changer de niveau de garanties en cours d'adhésion uniquement tous les 3 ans, par demande adressée en recommandé, au plus tard le 31 octobre de l'année.

Le changement prend effet au 1^{er} janvier suivant la demande.

15.3 Toutefois, en cas de changement de situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance, adoption, divorce, dissolution du PACS, séparation, décès du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin ou d'un enfant), le Souscripteur peut demander à changer de niveau de garanties sur justificatif. La demande de modification est examinée par l'Assureur pour traitement.

En cas d'acceptation de la part de l'Assureur, le changement de niveau de garanties prend effet au plus tôt, le premier jour du mois qui suit la demande.

Article 16 - LE RÉSEAU DE PRATICIENS

L'Assureur a mis en place un réseau de praticiens français ou francophones exerçant au Royaume-Uni avec lesquels il a passé un accord afin que ces derniers pratiquent une dispense partielle d'avance de frais au profit des bénéficiaires du contrat LINKCARE.

En conséquence, quand un bénéficiaire consulte un praticien appartenant à ce réseau, il ne s'acquitte que de la participation restant à sa charge et dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières.

Pour cela le bénéficiaire doit justifier de sa qualité de bénéficiaire du contrat LINKCARE en présentant la carte remise au Souscripteur lors de son adhésion au contrat.

Dans le cas où un praticien appartenant à ce réseau n'appliquerait pas la dispense partielle d'avance de frais, les frais engagés seront considérés comme « hors réseau » et le tarif négocié entre l'Assureur et ce praticien ne s'appliquera pas. La liste des praticiens du réseau est accessible sur le site internet de l'Assureur et/ou sur simple demande auprès de ce dernier.

L'Assureur se réserve le droit de modifier à tout instant la liste des praticiens agréés.

Il est de la responsabilité du bénéficiaire de vérifier si le praticien est toujours référencé avant de le consulter.

Article 17 - ACCORD PRÉALABLE

Plusieurs prestations donnent lieu à accord préalable de prise en charge, il s'agit de :

- l'hospitalisation médicale et chirurgicale ;
- les frais d'accouchement ;
- les actes en série dispensés par des auxiliaires médicaux ;
- les appareillages ;
- les prothèses dentaires ;
- l'orthodontie.

Le prestataire de soins du bénéficiaire devra faire une prescription précise des soins ou des appareils nécessaires, ainsi que de leur justification médicale. Le bénéficiaire fera parvenir cette demande à l'adresse suivante :

Welcare
Médecin Conseil
claimcenter@welcare.fr
TSA 20016 – 41971 Blois cedex 9
France

Le service médical de l'Assureur fera parvenir la réponse du Médecin Conseil dans un délai maximum de 5 jours, éventuellement par email/fax, en cas d'urgence.

Dans le cas d'un traitement d'urgence pour lequel il n'a pu être demandé un accord préalable, le bénéficiaire joindra à sa demande de remboursement une prescription médicale détaillée par le prestataire de soins.

Les accords préalables sont établis pour des périodes maximales de six mois. Si le traitement a besoin d'être prolongé, il sera soumis à un nouvel accord préalable du Médecin Conseil de l'Assureur dans les mêmes conditions que pour la première demande.

Les soins engagés relevant d'un accord préalable du Médecin Conseil de l'Assureur ne seront plus pris en charge à compter de la date de cessation des garanties.

Les soins pour lesquels la demande d'accord préalable nécessaire n'a pas été effectuée ou a été refusée, restent à la charge exclusive du bénéficiaire.

Article 18 - GARANTIES COUVERTES

Les garanties et le niveau des prestations choisis par le Souscripteur sont indiqués au tableau des garanties des Conditions Particulières du contrat.

Peuvent donner lieu à un remboursement ou une prise en charge, selon les modalités prévues aux Conditions Particulières du contrat, les frais suivants :

Hospitalisation médicale et chirurgicale

Lorsqu'un bénéficiaire est hospitalisé, **en dehors de toutes consultations externes et/ou traitements médicaux ambulatoires**, le contrat garantit une prise en charge :

- soit directe de l'Assureur ;
- soit par remboursement du bénéficiaire si ce dernier était dans l'impossibilité d'effectuer la demande de prise en charge, si cette demande a fait l'objet d'un refus de la part de l'établissement hospitalier ou si le bénéficiaire n'a pas demandé, de son plein gré, une prise en charge directe de l'Assureur.

Les dépenses couvertes dans le cadre d'une hospitalisation peuvent comprendre :

- les honoraires médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoires ;
- les frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et Prestations remboursables prévue à l'article L165-1 du Code de la Sécurité Sociale français et spécialités pharmaceutiques) ;
- l'hospitalisation à domicile ;
- le forfait journalier hospitalier en France ;
- la chambre particulière.

Pour être prises en charge au titre du présent contrat, les hospitalisations en France doivent être réalisées dans des établissements conventionnés avec la Sécurité Sociale française.

Pour toute hospitalisation, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation et cesse, au plus tard au 180^e jour suivant.

Frais de transport

Les dépenses couvertes comprennent les frais de transport d'urgence en ambulance ou en véhicule sanitaire jusqu'à l'établissement de santé approprié.

Pratiques médicales courantes

Les dépenses couvertes peuvent comprendre :

- les consultations médicales et les visites de praticien ;
- les médicaments, vaccins ou remèdes prescrits médicalement ;
- l'imagerie médicale, les analyses médicales ;
- les actes de spécialité : actes techniques médicaux, actes de chirurgie et actes d'anesthésie ;
- les actes en série prescrits médicalement, dispensés par des auxiliaires médicaux.

Sont assimilés à des kinésithérapeutes, les ostéopathes exerçant au Royaume-Uni.

Frais dentaires

Les dépenses couvertes peuvent comprendre :

- les soins dentaires ;
- les prothèses dentaires (couronnes, inlays, bridge et appareils amovibles) ;
- l'orthodontie (traitement entrepris avant le 16^e anniversaire de l'enfant).

Appareillage

Les dépenses couvertes peuvent comprendre les prothèses orthopédiques, médicales et auditives.

Optique

Les dépenses couvertes peuvent comprendre les verres et montures.

Maternité

Les dépenses couvertes au titre de ce poste sont les frais d'accouchement, ce qui comprend :

- les honoraires médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoires ;
- les frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et Prestations remboursables prévue à l'article L165-1 du Code de la Sécurité Sociale français et spécialités pharmaceutiques) ;
- la chambre particulière.

Les hospitalisations liées au risque maternité mais non liées à l'accouchement sont prises en charge au titre du poste « Hospitalisation médicale, chirurgicale ».

Les autres frais liés au risque Maternité tels que soins pré et post natals, échographies, analyses diverses et kinésithérapie après accouchement sont remboursés au titre des différents postes de garanties énumérés ci-dessus.

Cette garantie s'applique uniquement au Souscripteur ou à la conjointe, partenaire liée par un PACS ou concubine du Souscripteur.

Le fait générateur de cette garantie est fixé à la date de conception.

Article 19 - EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en compte par le présent contrat d'assurance les prestations, services et fournitures qui ne sont pas médicalement indispensables :

- au diagnostic et au traitement d'une pathologie médicale ou chirurgicale ;
- au diagnostic et au suivi obstétrical ;
- à la prévention, correction et rétablissement de l'état de santé.

Ainsi que :

- les frais qui n'auraient pas été pris en charge par la Sécurité Sociale française y compris les franchises médicales, à l'exclusion de tous les frais expressément garantis au titre du présent contrat (chambre particulière; forfait journalier hospitalier en France, les actes en série dispensés par des ostéopathes exerçant au Royaume-Uni) ;
- les soins effectués dans le cadre du National Health Service ;
- les frais relatifs à des actes pour lesquels la demande d'accord préalable nécessaire n'a pas été effectuée ou a été refusée ;
- les actes effectués par tout praticien non diplômé et/ou au sein d'un établissement non régulièrement autorisé ;
- les conséquences directes ou indirectes des faits intentionnels du bénéficiaire :
 - suicide, tentative de suicide, automutilation,
 - participation à une guerre, un acte de terrorisme, une agitation civile ou à tout autre acte illégal passible d'emprisonnement, des rassemblements, des manifestations sur la voie publique, des mouvements populaires, des rixes, des jeux et des paris ;
- les sinistres consécutifs à un état d'imprégnation alcoolique,

s'il est révélé qu'au moment de l'accident, le bénéficiaire avait une concentration d'alcool dans le sang égale ou supérieure au taux d'alcoolémie défini dans le Code de la route français pour la conduite d'un véhicule ;

- les sinistres qui résultent de l'usage de stupéfiants, de tranquillisants ou de produits toxiques non prescrits médicalement ;
- les conséquences de tous les sports pratiqués à titre professionnel ;
- les conséquences de tous les sports à risques ou extrêmes ;
- les conséquences des risques aériens se rapportant à :
 - des compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, raids,
 - des vols d'essai, vols sur prototype,
 - des vols effectués avec un deltaplane ou un engin Ultra Léger Motorisé (ULM),
 - des sauts effectués avec un élastique, un parachute ou un parapente,
 - des vols ou sauts effectués avec tout autre matériel si le matériel ou le vol ou le saut ne sont pas homologués,
 - des vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides ;
- les conséquences de risques provenant de l'usage de véhicules à moteur, encourus à l'occasion de compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, de courses de vitesse, démonstrations ou acrobaties ;
- les frais de traitement esthétique ou de chirurgie réparatrice non consécutifs à un accident ou une pathologie survenus pendant la période d'assurance du présent contrat, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement ;
- les cures de désintoxication de quelque nature qu'elles soient ;
- les frais liés aux traitements pour stérilisation et réversibilité de stérilisation, changement de sexe ou implantation, transformations, dysfonctions ou anomalies sexuelles ;
- les frais relatifs à la gestation pour autrui, que le bénéficiaire soit la mère porteuse ou le parent d'accueil ;
- toute complication découlant ou survenue pendant et après le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de faits exclus du contrat ;
- les séjours en maison de repos ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, de convalescence en établissement de soins de suite et de réadaptation ;
- les cures de thalassothérapie ou de diététique ;
- les séjours en établissement de post-cure, de rééducation professionnelle, d'éducation professionnelle, en section d'éducation et d'enseignement spécialisée, en maison d'enfants à caractère sanitaire ;
- les frais liés à la recherche et au traitement de la stérilité et de l'infertilité ;
- les frais afférents aux bilans de santé ;
- les traitements d'aide à l'arrêt du tabac ;
- les lentilles cornéennes ;
- les frais liés à une hospitalisation en France réalisée dans un établissement non conventionné avec la Sécurité Sociale française ;

- les frais liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale au-delà de 180 jours continus ;
- les frais liés à une hospitalisation psychiatrique ;
- les frais liés à des consultations externes en psychiatrie, psychologie, psychothérapie et psychanalyse et plus généralement aux maladies mentales et nerveuses.

À ces exclusions, s'ajoutent pour le niveau de garanties « GOLD », les exclusions suivantes : les frais d'optique, les frais d'appareillage, les frais dentaires et les frais afférents à la maternité.

Le fait que l'Assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

Article 20 - GESTION DES SINISTRES

20.1 Procédure de Tiers Payant hospitalier

Sous réserve du respect des dispositions relatives à la demande d'accord préalable, le bénéficiaire ou l'établissement hospitalier devra contacter au plus vite Welcare pour permettre la réalisation de la prise en charge directe des frais auprès de l'établissement hospitalier et indiquer les informations suivantes :

- les coordonnées exactes de l'établissement hospitalier ;
- le service d'admission ;
- la date d'admission ainsi que la durée prévue du séjour.

Toutefois, malgré toutes les dispositions mises en œuvre, il est possible qu'un hôpital refuse la prise en charge directe. Dans ce cas le bénéficiaire devra régler la facture et la transmettre à Welcare pour remboursement.

Dans tous les cas, le bénéficiaire devra fournir à Welcare un devis détaillé indiquant s'il y a lieu le montant des dépassements d'honoraires. Welcare prendra, alors, toutes les dispositions nécessaires pour garantir auprès de l'hôpital le paiement direct des frais engagés, dans les limites prévues au présent contrat.

Les consultations externes et/ou traitements médicaux ambulatoires ne font pas l'objet d'une prise en charge directe, sauf celles/ceux réalisé(é)s au sein du réseau de praticiens dans les conditions définies à l'article 16 des présentes Conditions Générales.

20.2 Remboursement des frais de santé

Pour toute demande de remboursement, le bénéficiaire devra faire parvenir son dossier complet à Welcare aux coordonnées figurant dans l'article 20.3 des présentes Conditions Générales

Le montant des prestations lié aux garanties du présent contrat est versé au plus tard sous **quinze jours** suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires énumérées ci-après. Le paiement des prestations est effectué par virement sur le compte du Souscripteur, sauf avis contraire de ce dernier, dans la devise de son choix et sur la base du taux de change en vigueur à la date des soins.

En cas de versement indu de prestations (doublons, erreur de destinataire...) Welcare en demandera le remboursement. Il pourra également, sans que le Souscripteur puisse s'y opposer, procéder par retenue sur les prestations à venir.

20.3 Coordonnées de Welcare

Pour toute demande concernant la gestion des frais de santé les bénéficiaires devront contacter Welcare aux coordonnées suivantes :

Welcare
Claim Center
TSA 20016 – 41971 Blois cedex 9
France
Téléphone +33.2.54.45.56.64 – Télécopie +33.2.54.45.56.80
gestion@welcare.fr

Article 21 - JUSTIFICATIFS À PRODUIRE POUR LE RÉGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de remboursement accompagnées des justificatifs indiqués ci-après doivent être produites auprès de Welcare dans le meilleur délai suivant la date du jour de paiement des soins.

Welcare assurera le règlement des prestations dès lors que les bénéficiaires auront produit les justificatifs suivants :

› Pour les soins réalisés au Royaume-Uni :

- les factures originales, détaillées, indiquant la nature des actes effectués ainsi que leurs coûts et la monnaie de règlement, accompagnées d'un acquit de paiement ;
- les ordonnances justifiant la prescription médicale ;
- les justificatifs prouvant l'accident le cas échéant et le lien de cause à effet entre l'accident et les frais engagés.

› Pour les soins réalisés en France :

- les feuilles de soins CERFA remises par les professionnels de santé ;
- les ordonnances justifiant la prescription médicale ;
- les décomptes originaux de l'organisme de protection sociale de base dont relèvent éventuellement les bénéficiaires ;
- les justificatifs prouvant l'accident le cas échéant et le lien de cause à effet entre l'accident et les frais engagés.

Pour le poste maternité : une déclaration établie par le praticien médical qui suit le Souscripteur ou la conjointe, ou la partenaire liée par un PACS ou la concubine du Souscripteur, indiquant la date présumée de conception.

Le bénéficiaire devra également répondre à toute demande concernant l'accident ou la maladie et, notamment, préciser sa nature, la date de la première constatation médicale, etc afin de s'assurer que les soins sont couverts au titre du présent contrat.

Welcare se réserve le droit de contester le bien-fondé de certaines demandes de remboursement et/ou de réclamer au bénéficiaire les justificatifs nécessaires à l'exacte appréciation des garanties. Welcare peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires). **Le bénéficiaire s'engage à faire son maximum pour les lui transmettre.** Ces pièces peuvent être demandées avant ou après le paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

Welcare se réserve le droit de demander tous les justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli etc). Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse, l'Assureur n'est redevable d'aucune prestation, même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Il appartient aux bénéficiaires d'informer l'Assureur de toute modification de ses coordonnées bancaires.

Article 22 - DÉCLARATION TARDIVE DE SINISTRE

Les demandes de remboursement doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être adressées à Welcare dans un délai maximum de 6 mois suivant la date des soins ou sa connaissance par le Souscripteur ou le bénéficiaire.

L'Assureur ne pourra se prévaloir de la déchéance que s'il prouve avoir subi un préjudice du fait de la déclaration tardive du Souscripteur ou du bénéficiaire

Article 23 - CONTROLE MÉDICAL

Le service médical de l'Assureur peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à l'état de santé.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical de l'Assureur est supportée par l'Assureur ou, en cas de fraude avérée, par le bénéficiaire.

Si le bénéficiaire se refuse à un contrôle médical ou si, n'ayant pas notifié à l'Assureur son changement d'adresse, il ne peut être joint, les garanties et les prestations sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure envoyée à la dernière adresse connue figurant au dossier du bénéficiaire.

Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par le médecin du bénéficiaire, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait à la diligence de l'Assureur par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant par ordonnance de référé, dans le ressort duquel se situe le siège social de l'Assureur.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont supportés par les deux Parties à parts égales.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception. Les sommes indûment versées au bénéficiaire devront être restituées à l'Assureur.

