



**NOTE D'INFORMATION VALANT
CONDITIONS GENERALES**

ASSURANCE

SANTE



Merci !

Je tiens à vous remercier de la confiance que vous nous avez témoignée en choisissant le contrat DIASPORA SANTE

En ma qualité de Directeur du Programme DIASPORA SANTE et de premier adhérent, j'aimerais souligner certains points essentiels de ce contrat.

DIASPORA SANTE est une assurance maladie originale pour l'Afrique qui apporte aux bénéficiaires que vous avez désignés dans le contrat, la protection aux risques santé qu'il s'agisse de la consultation, de l'hospitalisation, de la pharmacie, de l'optique, des soins dentaires, des examens de laboratoire ou de l'évacuation sanitaire à l'étranger lorsque les conditions sont réunies.

Le monde connaît une évolution majeure et les technologies évoluent. Nous en avons tenu compte. Avec DIASPORA SANTE, vos bénéficiaires en Afrique profiteront des dernières innovations technologiques pour optimiser le parcours thérapeutique des patients en cas d'évacuation sanitaire à l'étranger ou des applications informatiques en ligne, accessibles partout, à tout moment, et de n'importe quel terminal.

Conformément à la réglementation en vigueur au Cameroun les présentes conditions générales ont obtenu l'autorisation du Ministère des finances suivant le visa NUMERO 00004973 MINFI/SG/DGTCFM/DA/SDACC/SD.

Les conditions particulières que vous avez reçues à la validation de votre contrat apportent la clarté et les précisions sur l'étendue des garanties de vos bénéficiaires en fonction des informations fournies à la souscription.

Bien sur nos conseillers restent à votre disposition pour tout complément d'information. Vous servir est toujours pour nous un privilège. En acceptant ces conditions générales vous autorisez l'équipe DIASPORA SANTE à vous envoyer des newsletters.

Fruit de plusieurs dizaines d'année d'expérience, DIASPORA SANTE est un contrat simple et disponible sur Internet 24h/24, 7j/j conçu dans le seul but d'offrir le bien-être à vos proches en Afrique.

IMAGINONS LE BIEN ETRE !



Directeur du Programme DIASPORA SANTE

TITRE I - DÉFINITIONS ET ÉTENDUE GÉOGRAPHIQUE DES GARANTIES.....	4
ARTICLE 1 - DEFINITIONS.....	4
ARTICLE 2 - ÉTENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES	5
TITRE II - FORMATION - PRISE D'EFFET - DURÉE DU CONTRAT	5
ARTICLE 3 - FORMALITES D'ADHESION.....	5
ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET DU CONTRAT.....	5
ARTICLE 5 - DUREE DU CONTRAT.....	5
ARTICLE 6 - SUSPENSION, MODIFICATION ET PROROGATION DU CONTRAT.....	5
TITRE III - OBJET ET NATURE DU CONTRAT	5
ARTICLE 7 - OBJET DE LA GARANTIE.....	5
ARTICLE 8 - NATURE DE LA GARANTIE.....	5
ARTICLE 9 - ENGAGEMENT MAXIMUM	6
ARTICLE 10 - PERSONNES ASSUREES	6
ARTICLE 11 - ASSURANCES CUMULATIVES	6
ARTICLE 12 - PRESTATIONS GARANTIES EN FONCTION DES GARANTIES SOUSCRITES AUX CONDITIONS PARTICULIERES	6
ARTICLE 13 - EXCLUSIONS GENERALES.....	10
TITRE IV – LES OBLIGATIONS DE L' ASSURE	11
ARTICLE 14 - A LA SOUSCRIPTION ET EN COURS DE CONTRAT.....	11
ARTICLE 15 - PAYEMENT DE PRIMES	11
ARTICLE 15 BIS - MODIFICATION DE PRIMES.....	12
ARTICLE 16 - EN CAS DE SINISTRE.....	12
ARTICLE 17 - RESILIATION.....	13
TITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES	14
ARTICLE 18 - DROIT AUX PRESTATIONS EN CAS DE RESILIATION OU D'EXPIRATION DU CONTRAT.....	14
ARTICLE 19 - DATE DE CESSATION DES GARANTIES.....	14
ARTICLE 20 - SUBROGATION	14
ARTICLE 21 - PRESCRIPTION.....	14
ARTICLE 22 - PLAFONDS DES REMBOURSEMENTS.....	15
ARTICLE 23 - REGLEMENT DES LITIGES - ARBITRAGE.....	16

TITRE I - DÉFINITIONS ET ÉTENDUE GÉOGRAPHIQUE DES GARANTIES

POUR MIEUX COMPRENDRE LA PORTEE DE LA GARANTIE, NOUS PROCEDONS A LA DEFINITION DE CERTAINS TERMES DU CONTRAT.

ARTICLE 1 - DEFINITIONS

SOUSCRIPTEUR : La personne physique ou morale signataire de la police tant pour elle que pour le compte des Assurés.

ASSURE (VOUS) : Toute personne désignée aux Conditions particulières et bénéficiaire des prestations du contrat et/ou souscriptrice du contrat.

ASSUREUR (NOUS) : **ACTIVA ASSURANCES Rue Prince de GALLES BP.12970 Douala - Cameroun**, selon les garanties Assurées.

LOI : CODE CIMA

ACCIDENT : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et constatée par un médecin diplômé.

HOSPITALISATION : Tout séjour de 24 heures dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'un accouchement.

FRANCHISE: Part de l'indemnité, due à la suite de la survenance d'un sinistre couvert demeurant contractuellement à la charge de l'Assuré et dont le montant est fixé aux conditions particulières.

CONSOLIDATION : Moment à partir duquel l'état du blessé ou du malade est considéré comme permanent et présumé définitif.

ENFANT : Tout descendant direct de moins de 21 ans fiscalement à votre charge.

PARTICULIER : Tout Assuré non intégré à une assurance de groupe ou d'entreprise.

ENTREPRISE : Toute entreprise ou souscripteur du contrat pour le compte de ses salariés ou de ses membres.

MALADIE : Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente détectée après l'entrée en jeu de la garantie.

MALADIE INFECTIEUSE : Varicelle, variole, choléra, rougeole, rubéole, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons, érysipèle, tétanos, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, dysenterie amibienne ou bacillaire, fièvre de malte, peste, typhus exanthématique, zona, septicémie, maladie de bouillaud de primo-invasion, hépatite virale, gastro-entérite etc.

Cette liste n'est pas limitative. Pourra être retenue comme maladie infectieuse, toute affection qualifiée comme telle par les médecins conseils de la Compagnie.

ANNEE D'ASSURANCE : Période de 12 mois s'écoulant sans interruption entre la date d'effet du contrat et sa date d'échéance.

INFIRMITE : Malformation du corps humain, incapacité du corps humain à remplir une fonction : conséquence corporelle d'un accident ou d'une maladie.

INVALIDITE : Réduction permanente des capacités physiques ou mentales.

BENEFICIAIRES : Les ayants droits légaux ou toute personne désignée aux Conditions particulières

ECHEANCE PRINCIPALE/ECHEANCE ANNUELLE : Date indiquée sous ce titre aux conditions particulières, qui correspond à la date à laquelle se termine une période d'assurance pour un contrat à tacite reconduction et à laquelle il peut être résilié.

ECHEANCE DE PRIME : Date indiquée sous ce titre aux conditions particulières, qui correspond à la date à laquelle la prime doit être payée.

DATE D'EXPIRATION : Date indiquée sous ce titre aux conditions particulières, qui correspond à la date à laquelle le contrat prend fin.

INTERMEDIAIRE D'ASSURANCE : **Courtier** ou société de courtage en assurance ; Agent Général en assurance.

CONTRATS A TERME : Contrats comportant une clause de tacite reconduction.

ARTICLE 2 - ÉTENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent aux endroits mentionnés aux conditions particulières. Toutefois, les indemnités restent payables en francs CFA.

TITRE II - FORMATION - PRISE D'EFFET - DURÉE DU CONTRAT

ARTICLE 3 - FORMALITES D'ADHESION

L'assurable répond exactement aux questions contenues dans le questionnaire à lui remis par l'assureur et le lui transmet ; ledit document fournit les bases sur lesquelles le contrat est conclu.

Ce questionnaire doit être remis avant la souscription du contrat.

Dans les cas de contrats groupe, le questionnaire à l'assurance doit être fourni pour chaque bénéficiaire dans les 15 jours qui précèdent la date présumée de son adhésion.

L'acceptation de garantie de l'Assureur est subordonnée à l'examen de ce questionnaire; étant entendu que les sanctions prévues à l'article 12 ci-après sont applicables en cas de déclarations inexactes ou incomplètes.

ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Votre contrat prend effet au plus tôt au jour et heure auxquels la prime est payée, conformément à l'article 13 du Code CIMA qui subordonne la prise d'effet du contrat au paiement de la prime par le souscripteur ou par toutes autres personnes y ayant intérêt.

Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant intervenant au contrat.

ARTICLE 5 - DUREE DU CONTRAT

Le contrat est souscrit pour la durée prévue aux conditions particulières.

Lorsque le contrat prévoit une clause de tacite reconduction, il est, à l'expiration de l'année d'assurance en cours, reconduit automatiquement d'année en année, sauf défaut de paiement de la prime ou dénonciation par l'une ou l'autre des parties. La dénonciation doit intervenir au moins deux mois avant la date d'expiration, dans les formes prévues à l'article 22 du Code CIMA.

ARTICLE 6 - SUSPENSION, MODIFICATION ET PROROGATION DU CONTRAT

Toute proposition du souscripteur tendant à modifier, proroger ou suspendre ou remettre en vigueur le présent contrat doit être notifiée par lettre recommandée, acte extra-judiciaire ou simple lettre contre décharge, adressé au siège social de l'assureur ou de son représentant dans la localité du risque.

TITRE III - OBJET ET NATURE DU CONTRAT

ARTICLE 7 - OBJET DE LA GARANTIE

L'assurance SANTE a pour objet de vous garantir le remboursement des frais de traitement exposés à la suite d'une maladie ou d'un accident.

Les frais liés à une maternité seront traités conformément à l'article 12.13 ci-après.

ARTICLE 8 - NATURE DE LA GARANTIE

Les remboursements sont effectués au Cameroun et en francs CFA sur la base et dans les limites des frais réels. Le barème et les plafonds de remboursement étant ceux prévus à l'article 20 ci-après et dans les conditions particulières.

Pour tout acte médical au Cameroun, les bases de références seront celles du tarif publié par l'ordre des médecins privés ou du ministère de la santé publique.

Pour tout acte médical à l'extérieur du Cameroun, les bases de références seront celles de la Sécurité sociale française.

En cas de différence entre les frais exposés et le tarif souscrit, ce dernier prévaut.

Toute prestation non prévue aux Conditions particulières ne pourra donner lieu à remboursement.

Les garanties énumérées à l'article 10 constituent l'ensemble des prestations pouvant être souscrites au titre de l'Assurance SANTE. Cette énumération n'implique pas que chaque Assuré bénéficie automatiquement de toutes ces prestations ; l'Assuré ne pouvant bénéficier que des prestations mentionnées expressément au tableau des garanties figurant aux Conditions particulières du contrat ou à un avenant à celui-ci.

ARTICLE 9 - ENGAGEMENT MAXIMUM

Notre engagement maximum au Cameroun en cas de sinistre par année d'assurance s'élève à dix (10) millions de francs CFA par personne Assurée et cinquante (50) millions de francs CFA par famille déclarée au contrat. En cas de soins à l'étranger les limites d'engagement par personne et par famille seront indiquées aux conditions particulières.

RECONSTITUTION DE GARANTIE

En cas d'épuisement du montant de la garantie avant l'échéance annuelle, l'Assuré peut solliciter une reconstitution de la garantie. Les conditions de la reconstitution seront fixées par l'Assureur.

ARTICLE 10 - PERSONNES ASSUREES

Dans le cas d'une couverture familiale, seules les personnes désignées sur le questionnaire médical et qui sont indiquées au contrat bénéficient de l'assurance et ce sous les réserves suivantes:

- ces personnes ne doivent pas bénéficier par ailleurs d'une garantie semblable,
- les enfants doivent avoir moins de 21 ans et être fiscalement à la charge de l'Assuré.

ARTICLE 11 - ASSURANCES CUMULATIVES

Si les risques garantis par le présent contrat sont ou viennent à être couverts par une autre assurance, l'Assuré doit en faire la déclaration conformément à l'article 34 du CODE CIMA.

Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'article 33, 1^{er} alinéa du CODE CIMA, sont applicables.

Quand elles sont contractées sans fraude, chacune d'elles produit ses effets dans la limite des garanties du contrat et dans le respect des dispositions de l'article 31 du CODE CIMA quelle que soit la date à laquelle l'assurance aura été souscrite. Dans ces limites, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation de ses dommages en s'adressant à l'Assureur de son choix.

ARTICLE 12 - PRESTATIONS GARANTIES EN FONCTION DES GARANTIES SOUSCRITES AUX CONDITIONS PARTICULIERES

12.1 - FRAIS MEDICAUX

CE QUE NOUS REMBOURSONS

- Les frais de consultations ou de visites médicales.
- La pratique médicale courante et la petite chirurgie accomplie par un médecin ou un auxiliaire diplômé.

CE QUE NOUS NE REMBOURSONS PAS

- Les visites d'embauche;
- Les visites périodiques imposées par le Code du travail;
- Les visites prénuptiales;
- Les check-up ou bilans de santé.

12.2 - FRAIS PHARMACEUTIQUES

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Pour avoir droit au remboursement, un dossier des frais pharmaceutiques devra être constitué des pièces suivantes :

- Ordonnance médicale.
- Ticket de caisse plus facture détaillée si pharmacie non informatisée ou ticket de caisse seul si pharmacie informatisée.
- Vignettes des médicaments ou partie de l'emballage portant le nom et la date de péremption du médicament acheté en nombre identique.

CE QUE NOUS REMBOURSONS

- Les médicaments et fournitures à caractère thérapeutiques, prescrits par un médecin diplômé et délivrés par un pharmacien diplômé

CE QUE NOUS NE REMBOURSONS PAS

- Les médicaments prescrits par une personne autre qu'un médecin diplômé.
- Les médicaments achetés sans prescription médicale.
- Les médicaments tels que les vitamines C100 et produits similaires.
- Les produits d'hygiène corporelle ou alimentaire, de beauté, d'amaigrissement, de rajeunissement. Les produits diététiques et les produits similaires ou dérivés sous quelque forme que ce soit.
- Les médicaments et produits à but contraceptif.
- Les objets à usage médical : thermomètre, seringue, vessie, poire à lavement, bac à lavement, bassin à inhalateur, sonde, ventouse, gant de crin, bandages, etc.
- Les eaux minérales.

La liste des produits cités est énumérative et non limitative.

12.3 - FRAIS D'HOSPITALISATION

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Toute hospitalisation avec ou sans bon de prise en charge doit être signalée à ACTIVA ASSURANCES au plus tard 48 heures après la date d'admission. Cette information sera aussitôt transmise au médecin conseil pour besoin de contrôle et identification.

CE QUE NOUS REMBOURSONS

- Les frais d'hospitalisation en clinique ou en hôpital prescrits médicalement en vue d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement justifié par un accident ou une maladie garantie et pour lesquels un accord a été donné par la Compagnie.
- Les frais de transport prescrits médicalement et liés à une hospitalisation.

CE QUE NOUS NE REMBOURSONS PAS

- Les frais n'ayant pas reçu l'accord préalable de la Compagnie;
- Les frais relatifs aux cures thermales et séjours dans les maisons de convalescence, de repos ou d'établissements similaires.
- Les frais de déplacements, sauf ceux couverts au titre des frais de transport;
- Les suppléments n'ayant pas un caractère médical (téléphone, télévision, etc.).

12.4 - HONORAIRES CHIRURGICAUX ET FRAIS ACCESSOIRES A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

CE QUE NOUS REMBOURSONS

- Les actes de chirurgie et de spécialité accomplis par un praticien diplômé;
- Les frais de location de la salle d'opération occasionné par une maladie ou un accident garantis.

CE QUE NOUS NE REMBOURSONS PAS

- Les interventions ayant pour but de remédier à toute anomalie, infirmité ou malformation constitutionnelle;
- Les césariennes (voir frais d'accouchement);
- Les traitements et opérations chirurgicales à but esthétique;
- Les traitements et opérations chirurgicales contre la cellulite et l'obésité, les traitements et opérations chirurgicales de rajeunissement;
- Les interventions consécutives à une interruption de grossesse non imposée par l'état de santé de la mère;
- Les objets et produits d'usage médical courant (thermomètres, bandes, cotons, vessies, sparadraps, alcool à 90 °C, etc.).

12.5 - FRAIS D'ANALYSE ET DE TRAVAUX EN LABORATOIRE

CE QUE NOUS REMBOURSONS

- Les frais d'analyses et d'examens exécutés par un laboratoire agréé, prescrits par un médecin diplômé.

CE QUE NOUS NE REMBOURSONS PAS

Les frais d'analyses et d'examens :

- Exécutés par un laboratoire non agréé;
- Non prescrits par un médecin diplômé.

12.6 - FRAIS DE RADIOGRAPHIE

CE QUE NOUS REMBOURSONS

- Les frais de radiographie exécutée par un laboratoire agréé, prescrite par un médecin diplômé.
- Les frais de scanner exécuté par un laboratoire agréé, prescrit par un médecin diplômé et ayant reçu l'accord préalable de la Compagnie

CE QUE NOUS NE REMBOURSONS PAS

- Les frais de radiographie :
 - Non exécutée par un laboratoire agréé;
 - Non prescrite par un médecin diplômé.
- Les frais de scanner pour lesquels la Compagnie n'a pas donné son accord préalable

12.7 - ACTES DE SPECIALITES

CE QUE NOUS REMBOURSONS

- Les traitements spéciaux prescrits par un médecin diplômé et faisant l'objet d'un certificat médical.

Il en est ainsi pour les :

- actes d'électrothérapie;
- traitements par rayons ultraviolets, lumineux ou infrarouges;
- traitements de tumeurs par curiethérapie et röntgenthérapie;
- traitements par dialyses rénales;
- traitements par isotopes radioactifs.

CE QUE NOUS NE REMBOURSONS PAS

- Les frais relatifs aux bilans psychologiques, traitements par psychanalyse, recherches de stérilité ;

- Les frais relatifs aux traitements à but contraceptif ;
- Les leçons d'orthophonie ;
- Les soins ayant pour but de remédier à toute anomalie, infirmité ou malformation constitutionnelle.

12.8 - FRAIS DE KINESITHERAPIE ET DE REEDUCATION

CE QUE NOUS REMBOURSONS

- Les frais relatifs à des séances de kinésithérapie et de rééducation prescrites par un médecin diplômé en vue de remédier aux conséquences d'une maladie ou d'un accident garantis et ayant reçu l'accord préalable de la Compagnie.

CE QUE NOUS NE REMBOURSONS PAS

- Tous les frais de kinésithérapie et de rééducation n'ayant pas reçu l'accord préalable de la Compagnie.

12.9 - FRAIS DE TRAITEMENTS PREVENTIFS

CE QUE NOUS REMBOURSONS

- les vaccins du programme élargi de vaccination aux prix des hôpitaux public.

CE QUE NOUS NE REMBOURSONS PAS

- les bilans de santé non prescrits par un médecin diplômé
- Tous les autres frais de traitements préventifs.

12.10 - FRAIS D'OPTIQUE

CE QUE NOUS REMBOURSONS

- Les frais d'acquisition, ou de remplacement des verres ou lentilles de contact prescrits par un médecin diplômé.

CE QUE NOUS NE REMBOURSONS PAS

- Le remboursement :
 - de monture uniquement;
 - de verres, de lentilles de contact, non prescrits par un médecin diplômé.

12.11 - FRAIS DENTAIRES

CE QUE NOUS REMBOURSONS

- Les soins, les extractions, les obturations exécutés par un dentiste.

CE QUE NOUS NE REMBOURSONS PAS

- Les frais de prothèses dentaires n'ayant pas reçu l'accord préalable de l'Assureur;
- Les soins à caractère esthétique;
- Les soins relatifs à une malformation constitutionnelle.

12.12 - FRAIS DE PROTHESES DENTAIRES

CE QUE NOUS REMBOURSONS

- Les prothèses dentaires, les prothèses dentaires provisoires d'enfants de moins de 12 ans, prescrites par un médecin et ayant reçu l'accord préalable de l'Assureur.

CE QUE NOUS NE REMBOURSONS PAS

- Les prothèses dentaires pour lesquelles l'Assureur n'a pas donné son accord;
- Les autres prothèses ainsi que leurs accessoires prescrits médicalement ou non.

12.13 - FRAIS LIÉS A UNE MATERNITE

CE QUE NOUS REMBOURSONS

A) Les frais pré et postnataux

Il s'agit des frais occasionnés par la grossesse et ceux exposés pendant la période qui suit l'accouchement jusqu'au retour des couches.

En ce qui concerne les frais prénataux, seront remboursés au maximum les frais de trois (3) échographies et de deux (2) bilans prénataux.

B) Les frais d'accouchement

Il s'agit d'accouchement et de séjour à l'hôpital ou en clinique.

En cas de complications liées à l'accouchement (fièvre puerpérale, phlébite, éclampsie, etc.), les frais médicaux sont remboursés dans les limites prévues en cas de maladie ou d'accident, et ce indépendamment du plafond pour les frais d'accouchement normal prévus aux Conditions particulières. Toutefois, le délai maximum d'hospitalisation en cas d'accouchement normal étant fixé à douze (12) jours, les frais de séjour ne seront pris en charge au-delà du plafond, qu'à compter du treizième jour.

En cas d'accouchement normal ou par voie chirurgicale, les frais d'accouchement sont remboursés sur la base des plafonds prévus aux Conditions particulières.

Les cas de complications liées à l'accouchement sont remboursés dans les limites prévues en cas de maladie et d'accident aux Conditions particulières.

CE QUE NOUS NE REMBOURSONS PAS

– Les frais liés à des fausses couches même accidentelles.

Ne seront pas assimilés à des fausses couches, les accouchements prématurés, survenant après le sixième mois de grossesse.

LISTE DES EXAMENS ENTENTE PREALABLE :

Sont soumis à l'accord préalable de l'assureur lorsque ces actes sont couverts :

- Dentisterie : soins conservateurs, orthodontie, prothèses dentaires,
- Optique
- Imagerie : scanner, séances laser, i.r.m, ...
- Spécialistes : kinésithérapie, massages, rééducation, orthoptie, orthophonie, séjour en préventorium / sanatorium,
- Autres : les traitements spéciaux (cryothérapie, laser, ultrason, ...)

Les examens spéciaux (biologiques ou ceux utilisant des agents physiques ionisants ou non, ...).

L'assuré doit présenter une ordonnance et un devis à ACTIVA ASSURANCES.

ARTICLE 13 - EXCLUSIONS GENERALES

- les check-up à titre préventif
- Les maladies préexistantes, antérieures à la souscription de la police et ayant fait l'objet d'une consultation ou d'un examen médical qui n'ont pas été révélées dans le questionnaire à l'assurance,
- Les conséquences du fait intentionnel de l'Assuré, de l'état d'ivresse, de l'usage de drogues et de stupéfiants à des fins autres que médicales,
- Les conséquences de la participation à une rixe, sauf cas de légitime défense,
- Les conséquences d'un suicide ou tentative de suicide
- Les conséquences liées à une guerre étrangère, une guerre civile, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- Les conséquences liées à la participation à des émeutes ou des mouvements populaires,
- Les conséquences de Cataclysme,

- Les conséquences de la désintégration d'un noyau d'atome,
- Les affections provoquées par le bénéficiaire ou résultant de sa participation à un crime, un délit intentionnel ou un pari,
- Les conséquences de la pratique à titre « amateur » de chasse, parachutisme, delta-plane, ULM (Ultra Léger Motorisé) et de tous sports à titre « professionnel ».
- Frais de séjour de l'accompagnateur

TITRE IV – LES OBLIGATIONS DE L'ASSURE

ARTICLE 14 - A LA SOUSCRIPTION ET EN COURS DE CONTRAT

Le contrat est établi d'après les déclarations de l'Assuré, et la prime est fixée en conséquence.

1) - A la souscription du contrat

Le souscripteur doit :

- Répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge.
- Déclarer toutes les assurances de même nature souscrites auprès d'un ou d'autres assureurs.

2) - En cours de contrat

L'Assuré doit prévenir l'Assureur de toutes modifications aux déclarations faites lors de la souscription du contrat et notamment tout changement de profession ou de spécialisation, toute aggravation de risques professionnels, les infirmités ou maladies graves dont il viendrait à être atteint, toute souscription de garanties de même nature que celles souscrites auprès de l'Assureur.

Les déclarations prévues aux paragraphes un (1) et deux (2) doivent être notifiées:

- Préalablement à la modification si elle est du fait de l'Assuré.
- Dans les huit (8) jours où celui-ci en a eu connaissance, si elle n'est pas de son fait.

Dans tous les cas, les déclarations doivent être notifiées à l'Assureur par lettre recommandée, adressée à son siège social ou à son représentant légal.

Les déclarations fausses ou dénaturées entraînent l'application des sanctions prévues par les articles 18 et 19 du CODE CIMA, c'est-à-dire:

- La nullité du contrat en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en en diminue l'opinion pour l'assureur.
- La réduction des indemnités en cas d'omission ou de déclaration inexacte si la mauvaise foi n'est pas établie.

Les sanctions opposables au souscripteur le sont à toute autre personne ayant la qualité d'Assuré.

ARTICLE 15 - PAYEMENT DE PRIMES

15.1. Lieu de paiement des primes

La prime et les accessoires dont le montant est stipulé au contrat, ainsi que les impôts et taxes sur les contrats d'assurances dont la récupération n'est pas interdite, sont payables au domicile de l'assureur ou de l'intermédiaire d'assurance.

Dans le cas où le paiement est fait au domicile de l'intermédiaire d'assurance, les conditions suivantes doivent être respectées, conformément à l'article 541 du Code CIMA :

- a) les chèques et effets de commerce doivent être libellés au nom de l'assureur ;
- b) les paiements en espèces sont limités à un (01) million FCFA par police.

15.2. Dispositions légales applicables au paiement de la prime

Suivant l'article 13 du Code CIMA :

« La prime est payable au domicile de l'assureur ou de l'intermédiaire dans les conditions prévues à l'article 541.

La prise d'effet du contrat est subordonnée au paiement de la prime par le souscripteur.

Il est interdit aux entreprises d'assurance, sous peine des sanctions prévues à l'article 312, de souscrire un contrat d'assurance dont la prime n'est pas payée ou de renouveler un contrat d'assurance dont la prime n'a pas été payée.

Par dérogations au principe énoncé aux alinéas précédents, un délai maximum de paiement de soixante jours à compter de la date de prise d'effet ou de renouvellement du contrat peut être accordé au souscripteur, pour les risques dont la prime du contrat excède quatre-vingt fois le SMIG annuel du pays de localisation à l'exception des contrats des branches automobile, maladie et marchandises transportées.

Toutefois, le souscripteur devra signer un engagement express à payer la prime du contrat avant l'expiration du délai prévu. Lorsque l'engagement express de payer la prime est matérialisé par un effet de commerce, le terme maximum stipulé ne peut excéder le délai de 60 jours ci-dessus.

A défaut de paiement de la prime dans le délai convenu, le contrat est résilié de plein droit. La portion de prime courue reste acquise à l'assureur, sans préjudice des éventuels frais de poursuite et de recouvrement.

Les dispositions des alinéas 2 à 6 ne s'appliquent pas aux risques de l'Etat et de ses démembrements pour lesquels les délais de paiement de primes pourraient être accordés dans les conditions définies par la Commission Régionale de Contrôle des Assurances ».

ARTICLE 15 BIS - MODIFICATION DE PRIMES

En cas de modification ou de changement des tarifs utilisés par l'Assureur, la nouvelle prime qui en résulte est applicable automatiquement au présent contrat à compter de la première échéance ou du premier renouvellement qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif, sauf si le changement de tarif est immédiatement applicable aux contrats en cours.

Si le contrat est à tacite reconduction, la nouvelle prime est présentée au souscripteur ou à la personne chargée du paiement des primes, au moins 45 jours avant l'échéance de la prime (Article 14 du Code CIMA).

Celui-ci a alors le droit de résilier le contrat par lettre recommandée dans un délai de quinze jours à compter de cette présentation.

La résiliation prend effet un mois après la date d'expédition de la lettre recommandée et le souscripteur reste redevable d'une portion de prime calculée d'après le tarif précédemment en vigueur et correspondant au temps écoulé entre la date de la dernière échéance de la prime et la date de prise d'effet de la résiliation.

ARTICLE 16 - EN CAS DE SINISTRE

En cas de sinistre, l'Assuré ou toute autre personne agissant en son nom doit :

1) adresser à l'Assureur:

- La déclaration de sinistre dans les cinq (5) jours à partir de la date à laquelle il en a eu connaissance, accompagnée:
 - En cas d'accident: d'un certificat médical initial descriptif des blessures ;
 - En cas de décès: d'un certificat de décès.

2) fournir à l'Assureur:

- En cas de maladie ou d'accident, toutes pièces justificatives des frais de traitement ou d'hospitalisation au plus tard dans les trente (30) jours qui suivent la fin du traitement, ou pour un traitement de longue durée, au plus tard à la fin du troisième mois.

3) préciser à l'Assureur:

- En cas de maladie :
 - la nature de la maladie, la date du premier acte médical ;
 - tout séjour en établissement hospitalier.
- En cas d'accident :
 - la nature, les circonstances, la date et le lieu de survenance de l'accident ;
 - le nom et l'adresse de l'auteur responsable de l'accident ;
 - les noms et adresses des témoins de l'accident ;
 - si un procès-verbal ou un constat a été établi, et dans l'affirmative par qui ?

Si l'Assuré estime que la communication de ces renseignements doit rester confidentielle, il pourra les adresser sous pli fermé au médecin conseil de l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre justification qui lui semblerait nécessaire.

Il peut ainsi décider d'exiger d'autres examens à ses frais, par un médecin de son choix. L'Assuré s'engage à se soumettre à ces examens. L'Assuré ayant la latitude de se faire assister (à ses frais) par un médecin de son choix.

L'Assureur ainsi que ses médecins conseil, s'engagent à garder le secret le plus absolu sur les renseignements dont ils ont pu avoir connaissance.

L'inobservation des dispositions suscitées pourrait, sauf cas fortuit ou de force majeure, conduire à la perte pour l'Assuré du droit au remboursement ou à l'indemnisation.

La production intentionnelle de renseignements ou de documents sciemment faux entraîne la déchéance du contrat, sans préjudice pour l'Assureur du droit à des dommages et intérêts.

ARTICLE 17 - RESILIATION

Le contrat peut être résilié avant sa date d'expiration normale dans les cas et conditions fixés ci-après (Article 25 du Code CIMA) :

1- Par le souscripteur ou l'assureur :

- a) A chaque échéance principale, moyennant un préavis de deux mois au moins si le contrat est à tacite reconduction (article 21 du Code CIMA) ;
- b) Lorsque le contrat a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle ;

La résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement. Elle prend effet un mois après que l'autre partie au contrat en a reçu notification.

2- Par l'assureur :

- a) En cas d'omission ou d'inexactitude de bonne foi dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (article 19 du Code CIMA) ;
- b) En cas de décès du souscripteur du contrat ;
- c) En cas de faillite ou de liquidation judiciaire de l'assuré (article 17, alinéa 1 du Code CIMA) ;

3- Par le souscripteur :

- a) En cas de résiliation par l'assureur du contrat après sinistre, le souscripteur a le droit, dans le délai d'un mois à dater de la notification de la résiliation par l'assureur, de résilier les autres contrats détenus auprès dudit assureur, avec effet, un mois après la notification à ce dernier ;
- b) En cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activités professionnelles ;

4- Par le syndic ou le débiteur autorisé par le juge ou le liquidateur:

En cas de faillite ou de liquidation judiciaire de l'assuré (article 17, alinéa 1 du Code CIMA).

5- De plein droit :

- a) En cas de retrait de l'agrément de l'assureur (art. 17, alinéa 2 du Code CIMA) ;

b) En cas de non-paiement de la prime dans les conditions et formes prévues à l'article 13 du Code CIMA.

c) En cas d'émission de chèque ou d'effet impayé, lorsque la régularisation n'a pas été effectuée dans les délais prévus à l'article 13 – 1 (nouveau) du Code CIMA.

Dans tous les cas de résiliation hormis ceux prévus aux points b) et c) ci-dessus, l'assureur doit au souscripteur la fraction de prime afférente à la période pendant laquelle le risque n'est plus garanti.

Lorsque le souscripteur ou l'héritier a la faculté de demander la résiliation, il peut le faire à son choix, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de l'assureur dans la localité, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre recommandée. La résiliation par l'assureur doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou décharge adressée au dernier domicile connu du souscripteur.

Il est convenu une interdiction de résiliation pour sinistres pendant la période de garantie.

TITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 18 - DROIT AUX PRESTATIONS EN CAS DE RESILIATION OU D'EXPIRATION DU CONTRAT

- 1) - La garantie cesse de plein droit en cas de retrait d'agrément (suivant les termes de l'article 325-11 du code CIMA)
- 2) - Lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation pour non-paiement de la prime, ou inexactitude dans les déclarations du risque à la souscription ou en cours de contrat, les prestations cessent d'être dues à la date de la prise d'effet de la résiliation.
- 3) - Lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation pour un motif autre que ceux énumérés ci-dessus, ou vient à expiration, les prestations garanties sont dues pendant une période de trois (3) mois à compter de la date de la résiliation pour les maladies et les accidents dont la première constatation médicale se situe pendant la période de validité du contrat et pour lesquels des remboursements ont été effectués pendant ladite durée.

ARTICLE 19 - DATE DE CESSATION DES GARANTIES

En dehors des cas cités à l'article 15 ci-dessus, la garantie cesse de plein droit et sans préavis :

- Pour les personnes Assurées atteignant l'âge de 65 ans. Toutefois pour l'Assurance Maladie, l'échéance normale des garanties est fixée au 31 décembre de l'année du 60^e anniversaire des personnes Assurées. Cette échéance peut être prolongée d'année en année jusqu'à 64 ans révolus après que l'Assureur ait donné son accord renouvelé annuellement.
- Pour les enfants Assurés, lorsqu'ils atteignent l'âge de 21 ans ou lorsqu'ils ne sont plus fiscalement à la charge de l'Assuré ou du souscripteur.

ARTICLE 20 - SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article 42 du code CIMA, l'Assureur est subrogé à concurrence des indemnités versées, dans les droits et actions de l'Assuré contre les tiers qui ont causé le dommage ayant donné lieu à la garantie de l'Assureur.

Si la subrogation ne peut plus, par le fait de l'Assuré, s'opérer en faveur de l'Assureur, l'Assureur est exonéré de la garantie envers l'Assuré, dans la proportion où aurait pu s'exercer la subrogation.

ARTICLE 21 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions déterminées par le CODE CIMA (Article 28).

ARTICLE 22 - PLAFONDS DES REMBOURSEMENTS EN FCFA

A/- VALEUR DES LETTRES DE REFERENCE

J	=	28.000
K	=	1.000
B	=	260
AMI	=	600
PC	=	1.000

B/- CONSULTATIONS

MEDECINS GENERALISTES		MEDECINS SPECIALISES	
C	6.000	CS	10.000
CS DN	10.000	CS DN	15.000
Visite dimanche et jour férié	18.000	Visite dimanche et jour férié	26.000
Visite à domicile	9.000	Visite à domicile	12.000

C/- HONORAIRES PROFESSEURS

CS	14.000
CN	24.000
V	30.000
K OPERATOIRE	1.000

D/- SOINS DENTAIRES

D	1.000
---	-------

Le plafond annuel par personne pour tout le territoire y compris étranger est de 150.000 FCFA (prothèses exclues).

E/- VISITE EN CAS D'HOSPITALISATION

VISITE EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE CLINIQUE MEDICALE

$V = C \times 0,8$ Taux de remboursement	du 1 ^{er} jour au 20 ^e jour
$V = C \times (1 - \text{Taux de remboursement})$	au-delà du 20 ^e jour

VISITE EN CAS D'HOSPITALISATION CHIRURGICALE

- Si $k > 15$, il s'agit d'un acte global impliquant une surveillance médicale 20 jours.

- Si l'hospitalisation est supérieure à 20 jours :

$$V = C \times (\text{Taux de remboursement}) \% \text{ par jour examiné}$$

- Si la surveillance chirurgicale est sans intervention :

$$V = C \times \text{taux de remboursement} \quad \text{du 1^{er} jour au 20^e jour}$$

$$V = C \times (1 - \text{Taux de remboursement}) \quad \text{au-delà du 20^e jour}$$

F/- SANATORIUM / PREVENTORIUM

Maximum	15.000 FCFA
---------	-------------

G/- FRAIS D'OPTIQUE

Plafond annuel par personne pour tous les territoires: 150.000 F. CFA (monture 50 000 FCFA, verres 100 000 FCFA).

H/- MATERNITE

Les frais de grossesse (grossesse normale) sont limités à neuf (9) consultations prénatales et trois (3) échographies dans les conditions et limites prévues au contrat (20 % PC de remboursement des valeurs plafonds des lettres de référence).

Les grossesses pathologiques sont assimilées à la maladie et les frais y afférents sont remboursés dans les conditions et les limites prévues au contrat.

Les frais d'accouchement proprement dits sont remboursés dans les mêmes conditions et limites que ci-dessus.

3 jours pour un accouchement normal: Plafond annuel = 150.000 FCFA maximum

3 jours pour un accouchement gémellaire: Plafond annuel = 200.000 FCFA maximum

10 jours pour un accouchement par voie chirurgicale sauf complication maximum Plafond annuel = 400.000 FCFA

POUR LES SOINS EN EUROPE

- Cabinet de praticiens, formations médicales française conventionnées (sauf frais pharmaceutiques en pharmacie) 100 % du tarif Sécurité sociale française
- Cabinet de praticiens, formations médicales non conventionnées (sauf frais pharmaceutiques en pharmacie) 75 % du tarif Sécurité sociale française
- Frais pharmaceutiques en pharmacie Tarif Sécurité sociale française 80 % des frais réels.

N.B. En ce qui concerne la limitation annuelle de remboursement prévue à l'article 9 ci-dessus, il n'y a pas de réversibilité de remboursement d'un Assuré à un autre.

ARTICLE 23 - REGLEMENT DES LITIGES - ARBITRAGE

En cas de litige relatif à la formation, à l'interprétation, à l'exécution ou à l'inexécution du présent contrat, les Parties peuvent recourir à l'arbitrage, dans les conditions suivantes :

- Chacune des parties désignera un arbitre dans les 15 jours à compter de la notification de la demande d'arbitrage ;
- Le troisième arbitre qui est le Président du Tribunal arbitral sera désigné par les deux (02) autres arbitres dans un délai de 30 jours ;
- En cas de désaccord et au-delà du délai de trente (30) jours, le Juge compétent statuant sur requête de la partie la plus diligente pourra désigner le troisième arbitre
- Il en sera de même si l'une des parties ne désigne pas son arbitre dans le délai ci-dessus imparti ;

Le Tribunal arbitral dispose d'un délai de deux (02) mois à compter de sa constitution définitive pour rendre la sentence.

Chaque partie supporte entièrement les honoraires de l'arbitre qu'elle a choisi pour son compte. Ceux du troisième arbitre sont supportés par les deux (02) parties à raison de 50% à payer par chacune.