

NOTICE D'INFORMATION

OREPA HOSPITALISATION ACCIDENT est un contrat individuel d'assurance souscrit auprès d'OREPA-Prévoyance. Il est régi par la loi française et est rédigé en langue française et le restera pendant toute la durée du contrat.

1. DÉFINITIONS

ASSURÉ : La personne physique désignée comme telle aux conditions particulières du contrat et répondant aux conditions d'admission à l'assurance. C'est la personne sur la tête de laquelle reposent les risques garantis par le contrat.

BÉNÉFICIAIRE : La personne physique percevant une prestation allouée en cas de réalisation des risques garantis au contrat.

ACCIDENT : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure. N'est pas considérée comme accident la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident.

SOINS INTENSIFS : Hospitalisation dans un service spécifique où sont assurés des soins permanents (24 heures sur 24) relevant d'un personnel soignant spécialisé utilisant des techniques de réanimation.

2. OBJET DU CONTRAT

Sous réserve des conditions définies dans le présent document, OREPA Hospitalisation Accident garantit, en cas d'hospitalisation ou de décès de l'assuré suite à un accident, le versement d'une prestation dont le montant est indiqué aux conditions particulières. L'accident peut survenir dans le monde entier. Le capital versé est exonéré de droits de succession. En tout état de cause les garanties cessent, au plus tard, au jour du 85^{ème} anniversaire de l'assuré.

3. LES GARANTIES

3.1. DÉCÈS ACCIDENTEL

En cas de décès accidentel de l'assuré, OREPA-Prévoyance garantit le versement du capital décès accidentel souscrit par l'assuré aux bénéficiaires désignés. Ces derniers peuvent être désignés par écrit par l'assuré sur papier libre ou par acte authentique en précisant leur nom, prénom, adresse et quote-part éventuelle. Par défaut la répartition s'opère à parts égales entre les bénéficiaires. **À défaut de désignation particulière par l'assuré, la formule générale s'applique.** La formule générale est la suivante : « son conjoint non divorcé ni séparé de corps, à défaut la personne avec laquelle il ou elle aurait souscrit un pacte civil de solidarité, à défaut son concubin, à défaut ses autres héritiers en proportion de leurs parts héréditaires sans tenir compte des donations et testaments. » Sous réserve de l'acceptation de sa (leur) désignation par le(s) bénéficiaire(s), l'assuré peut modifier, à sa convenance et à tout moment par écrit ou par acte authentique par avenant au contrat, le ou les bénéficiaires désignés. La désignation des bénéficiaires reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée. Dans l'hypothèse où le bénéficiaire aurait accepté sa désignation, la clause « bénéficiaire » ne pourra être changée qu'avec son accord. L'acceptation est faite par un acte authentique ou sur papier libre, signé du souscripteur et du bénéficiaire et n'a d'effet à l'égard de l'Institution que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

3.2. HOSPITALISATION

Versement d'une indemnité journalière par période de 24 heures révolues d'hospitalisation indemnisable. Cette indemnité est versée dans la limite de 90 jours à compter de la 1^{ère} admission pour un même accident. En cas de nouvelle hospitalisation due aux suites ou conséquences du même accident et

nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation, le versement des indemnités pourra reprendre, dans la limite des 90 jours prévue ci-dessus si l'hospitalisation intervient moins de 6 mois après le dernier jour d'hospitalisation indemnisé.

3.3. HOSPITALISATION EN SOINS INTENSIFS

En cas de séjour en service de soins intensifs, les indemnités versées seront augmentées de 50 % et ce dans la limite de 30 jours par accident.

4. CONDITIONS D'INDEMNISATION

4.1. MODALITÉS

4.1.1. Décès Accidentel

L'accident doit survenir pendant que le contrat est en vigueur. Le décès doit survenir uniquement et directement suite à une blessure corporelle accidentelle, dans les 365 jours consécutifs à celle-ci. OREPA-Prévoyance verse le capital garanti aux bénéficiaires dans les 30 jours à compter de la réception des pièces justificatives sous réserve de l'acceptation d'OREPA-Prévoyance.

4.1.2. Hospitalisation

L'accident doit survenir pendant que le contrat est en vigueur. La 1^{ère} hospitalisation (supérieure à 24 H révolues) doit intervenir dans les 10 jours consécutifs à l'accident. Le règlement des indemnités intervient dans les 15 jours après réception de toutes les pièces justificatives par OREPA-Prévoyance sous réserve de son acceptation.

4.2. PIÈCES JUSTIFICATIVES

Pour prétendre à prestation, l'accident doit être expressément déclaré, par l'assuré ou toute autre personne agissant en son nom, à OREPA-Prévoyance, service Prestations, 174, rue de Charonne, 75128 Paris cedex 11, dans les 60 jours suivant sa survenance. Passé ce délai, la prise en charge ne pourra avoir lieu. Il y a lieu de fournir notamment les documents suivants :

- une déclaration d'accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident,
- les preuves de l'accident (procès verbal de gendarmerie, rapport de police ou tout document médical ou officiel).

En plus, il est nécessaire de fournir :

a) en cas d'hospitalisation :

- la déclaration d'hospitalisation (dont le formulaire est fourni par OREPA-Prévoyance sur simple demande),
- en cas d'hospitalisation en soins intensifs une attestation de l'établissement hospitalier,
- un bulletin de situation hospitalière tous les 15 jours,
- au plus tard dans les 3 semaines suivant la sortie de l'hôpital, une copie du bulletin de sortie mentionnant les dates et heures d'entrée et de sortie de l'établissement hospitalier ainsi que les services dans lesquels l'assuré a séjourné.

b) en cas de décès accidentel :

- un extrait de l'acte de décès (délivré par la mairie du lieu de décès),
- un certificat médical précisant la cause exacte du décès.

4.3. CONTRÔLE MÉDICAL - CONTRE-EXPERTISE - ARBITRAGE

Pour ne pas perdre droit à la mise en jeu de la garantie, l'assuré doit se prêter à toute expertise ou à tout examen qu'OREPA-Prévoyance estime nécessaire et fournir au médecin conseil d'OREPA-Prévoyance toutes les pièces médicales justificatives qui lui sont réclamées.

Les frais engagés par l'expertise médicale sont à la charge d' OREPA-Prévoyance. En cas de désaccord de l'assuré avec les conclusions de l'expertise médicale initiale, le recours à une contre-expertise peut être sollicité. Les frais occasionnés par cette contre-expertise sont à la charge de l'assuré. S'il y a lieu, le désaccord entre les deux parties sera soumis à l'avis d'un tiers expert nommé d'un commun accord par les parties ou à défaut d'entente, par ordonnance du Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux d'un 3^{ème} médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les 2 parties.

4.4. COTISATIONS

En contrepartie des garanties souscrites, l'assuré doit s'acquitter des cotisations correspondantes. Elles sont payables d'avance mensuellement par prélèvement automatique.

4.5. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

À défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours après son échéance, la résiliation interviendra de plein droit et sans autre avis 40 jours après l'envoi d'une lettre recommandée, à moins que la cotisation due ait été acquittée dans le délai imparti. Les cotisations versées restent acquises à OREPA-Prévoyance.

5. EXCLUSIONS

Ne sont pas couvertes par le présent contrat les suites et conséquences de :

- suicide,
- actes intentionnels ou illégaux de l'assuré ou des bénéficiaires,
- usage abusif de produits pharmaceutiques (absence ou non-respect de prescriptions médicales),
- faits de guerre civile ou étrangère, mouvements populaires, attentats, rixes, effets de la radioactivité,
- utilisation en tant que pilote ou passager d'appareils aériens d'une capacité inférieure à 30 places.

Exclusions supplémentaires spécifiques à la garantie hospitalisation :

- tentatives de suicide,
- blessure ou lésion provenant partiellement ou totalement d'un état pathologique pré-existant ou d'une opération chirurgicale non consécutive à un accident,
- pratique de sports (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou à titre d'amateur rémunéré,
- pratique des activités suivantes : alpinisme, navigation maritime de plaisance au-delà de 20 miles nautiques d'un abri côtier, plongée au-delà de 20 mètres de profondeur, spéléologie, sports de combat, sports de neige hors piste, hippisme en compétition, saut à l'élastique, rafting, tout sport nécessitant un appareil à moteur.

L'hospitalisation dans les établissements suivants n'est pas couverte :

- sanatorium, préventorium, aérium et tout établissement ou service similaire,
- l'hospitalisation à domicile,
- centre de réadaptation ou de rééducation, maison de repos ou de convalescence,

- établissement thermal, hôtel de cure, établissement de postcure,

- toute hospitalisation en service psychiatrique en établissements privés ou publics,

6. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

6.1. ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie est acquise quel que soit le lieu de l'hospitalisation si l'assuré est domicilié en France à la date de l'accident et ne séjourne pas plus de trois mois consécutifs hors du territoire français. Les prestations sont payables exclusivement sur le territoire français et en euros.

6.2. DURÉE – RENOUELEMENT – RÉSILIATION

Cette protection reste valable jusqu'à vos 85 ans, tant que les cotisations sont payées à leur échéance. Le contrat est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et il se renouvelle chaque année à effet du 1^{er} janvier par tacite reconduction. L'assuré et l'assureur ont toujours l'un et l'autre la faculté de dénoncer le contrat qui les lie à la date d'échéance fixée au 31 décembre de chaque année par l'envoi deux mois avant l'échéance d'une lettre recommandée. La dénonciation met fin aux garanties en cours.

6.3. DROIT DE RENONCIATION

Le souscripteur dispose d'un délai de 30 jours pour annuler sa souscription par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à OREPA-Prévoyance, 60505 Chantilly cedex. Ce délai commence à courir à partir de la date de paiement de la première cotisation. Les sommes versées doivent être remboursées par OREPA-Prévoyance dans les trente jours de la réception de la lettre recommandée. Modèle de lettre de renonciation : « Je soussigné, déclare renoncer expressément à ma souscription au contrat OREPA Hospitalisation Accident n° effectuée en date du J'ai bien noté que la garantie de mon contrat prend fin à compter de la date d'envoi de la présente lettre. Fait à, le ... ».

6.4. PROCÉDURE D'EXAMEN DES LITIGES

Si vous avez des questions ou des réclamations concernant votre contrat individuel, n'hésitez pas à appeler les conseillers d'OREPA-Prévoyance au **N°Vert 0 810 122 126** (appel gratuit depuis un poste fixe). Veuillez avoir sous la main le numéro de votre contrat pour accélérer le traitement de votre demande. En cas de persistance du conflit, les réclamations peuvent être adressées à OREPA-Prévoyance à l'attention de Laurence Rongione, 174, rue de Charonne, 75128 Paris cedex.

6.5. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat individuel est prescrite par deux ans, du jour de l'événement qui y donne naissance. Cette prescription est portée à 10 ans pour les bénéficiaires désignés. Dans le cas du règlement des indemnités, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption (par exemple, envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par le bénéficiaire désigné à OREPA-Prévoyance).

Organisme de contrôle. Autorité de contrôle des Assurances et des Mutuelles, 61, rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.



OREPA-Prévoyance

Institution de prévoyance du transport régie par le code de la Sécurité sociale
174 rue de Charonne - 75128 Paris cedex 11