

TABLEAU DES GARANTIES ASSURANCE SOHU

TERRITORIALITÉ : BÉNIN + EXTENSION AFRIQUE - EUROPE

LISTE DES ACTES	PREMIER		VITALITE		PRESTIGE	
	Taux	Plafonds (F CFA)	Taux	Plafonds (F CFA)	Taux	Plafonds (F CFA)
PLAFOND ANNUEL DE REMBOURSEMENT	60 à 100%	1 000 000	60 à 100%	2 000 000	60 à 100%	3 000 000
HOSPITALISATION						
Soins pendant l'hospitalisation *						
Frais de chambre		10 000 / nuitée		15 000 / nuitée		25 000 / nuitée
Frais liés à une intervention chirurgicale *		300 000		500 000		1 000 000
Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant assuré de moins de 18 ans		10 000		15 000		25 000
Frais de kinésithérapie et de rééducation (suite à un traumatisme) *		100 000		150 000		200 000
Frais de transport (ambulance)		20 000		30 000		50 000
MÉDECINE COURANTE						
Frais de consultation						
- Généraliste		5 000 / visite		10 000 / visite		15 000 / visite
- Spécialiste / Professeur (psychiatrie exclue)		10 000 / visite		15 000 / visite		20 000 / visite
Frais pharmaceutiques et fournitures		150 000		250 000		400 000
Frais d'analyses biomédicales		150 000		250 000		400 000
Frais d'imageries médicales		150 000		250 000		400 000
Vaccins (Diphtérie, Poliomyélite, Coqueluche, Tétanos, Rougeole, Oreillons, Rubéole) *		30 000		40 000		50 000
Vitamines		Non		40 000		50 000
Préservatifs		10 000		10 000		10 000
DENTAIRE (inclus en formule Premier et en option pour Vitalité et Prestige)						
Soins dentaires courants		50 000		100 000		150 000
Prothèses dentaires *		50 000		100 000		150 000
Frais d'orthodontie (avant l'âge de 12 ans) *		50 000		100 000		150 000
OPTIQUE (inclus en formule Premier et en option pour Vitalité et Prestige)						
Verres ou lentilles de contact : une fois tous les deux ans *		50 000		100 000		150 000
Monture : une fois tous les deux ans *		20 000		30 000		50 000
MATERNITÉ (non proposée en formule Premier et en option pour Vitalité et Prestige)						
Frais pré et postnataux (voir postes hospitalisation et médecine courante)		Non				
Échographie prénatale		Non		Max 3 / grossesse		Max 5 / grossesse
Bilan prénatal		Non		40 000		50 000
Actes d'accouchement tous frais compris						
- Accouchement normal ou simple *		Non		100 000		200 000
- Accouchement par voie chirurgicale *		Non		200 000		300 000

L'option maternité n'est valable que pour l'assuré principal ou le conjoint.

Les garanties sont exprimées par an et par personne.

Le barème de remboursement est celui de la NGAP avec appréciation du médecin-conseil de l'assureur.

Conditions valables jusqu'au 31/12/2022.

* Garanties soumises à entente préalable.

Délais d'attente :

Pas de délai d'attente en cas d'accident ;

01 mois après l'adhésion pour les soins ordinaires ;

06 mois pour la lunetterie et les prothèses dentaires ;

06 mois pour les maladies chroniques non déclarées, non rachetées et survenant pour la première fois pendant le contrat ;

10 mois pour la maternité.

TRANCHE D'ÂGE	OPTION : PRÉVOYANCE FAMILIALE	
	Garanties	Capitaux
18 à 65 ans	Capital décès / invalidité totale et définitive	3 500 000 F CFA
	Capital décès / invalidité totale et définitive	5 250 000 F CFA
	Capital décès / invalidité totale et définitive	7 000 000 F CFA

CONVENTIONS SPECIALES

sohu®
Assurance santé

ANNEXES AUX CONDITIONS GENERALES POLICE D'ASSURANCE MALADIE
ARRETE N° 2576-c/MEF/DC/SGM/DGAE/DA/SRA/CDR/345 SGG19 du 19/09/2019

CONVENTION SPÉCIALE ASSURANCE SANTE SOHU

ANNEXE AUX CONDITIONS GÉNÉRALES POLICE D'ASSURANCE MALADIE

ARRETE N° 2576-c/MEF/DC/SGM/DGAE/DA/SRA/CDR/345 SGG19 du 19/09/2019

La présente **Convention Spéciale SOHU** signée entre le Souscripteur et les Assureurs complète les Conditions Générales et Particulières et fait partie intégrante des documents contractuels d'une adhésion au contrat collectif à adhésion facultative SOHU.

Article 1 : Définition

Adhérent : personne physique (ou personne morale pour le compte de ses employés), qui complète librement une demande d'adhésion à SOHU, contrat collectif à adhésion facultative négocié et souscrit par APS-Bénin, le Souscripteur, pour le compte de ses Adhérents. L'Adhérent reconnaît avoir pris connaissance du document d'information et du document commercial et accepte sans contestation aucune les statuts et le règlement intérieur de l'Association, les Conditions Générales de la police et la présente convention SOHU. L'ensemble des documents sont téléchargeables sur le Site ou sur simple demande auprès de l'Assureur. L'Adhérent signe la demande d'adhésion et est redevable de la cotisation d'assurance à l'Assureur et des droits associatifs à l'APS si l'adhésion est confirmée. Conformément au code CIMA, la demande d'adhésion n'engage ni le demandeur, ni l'Assureur. L'Assureur a, par contre, l'obligation d'accepter toute adhésion dès lors que les formalités médicales sont remplies, sous réserve de l'acceptation du dossier du Bénéficiaire par le département médical, que les conditions proposées à l'Adhérent sont acceptées et la prime payée dans la limite de 90 jours suivant la date de signature du questionnaire médical. La grille tarifaire des cas « standards » est partie de la présente convention SOHU, consultable sur le Site et les documents commerciaux.

Assureurs : Atlantique Assurances Bénin IARDT pour la garantie « frais de santé » et Atlantique Assurances Bénin Vie pour la garantie prévoyance familiale, sociétés d'assurances régies par le code CIMA.

Bénéficiaire : assuré(s) bénéficiaire(s) des garanties et âgé(s) d'au plus 65 ans sauf stipulation contraire aux conditions particulières. Le Bénéficiaire est seul responsable de ses déclarations à l'Assureur (questionnaire médical) pour lui-même comme pour ses ayants-droit mineurs, chaque Bénéficiaire majeur complétant son propre questionnaire médical.

Conseil médical : l'équipe des médecins-conseil de l'Assureur et de l'APS-Bénin.

Enfant à charge : l'enfant de l'assuré principal ou celui de son conjoint (légitime, reconnu ou adopté). Un enfant peut être assuré jusqu'à l'âge de 26 ans s'il poursuit des études. Dépassé l'âge limite, il ne pourra être considéré comme un enfant à charge.

Mandataire : l'APS-BENIN a mandaté pour l'étude, le placement, la souscription et la gestion du contrat SOHU Africa BSI, intermédiaire en assurances au Bénin régulièrement enregistré conformément aux articles 524 et 537 du code CIMA, agrément n° 3038-c/MEF/DC/SGM/DGSF/DA/SIFR/198 SGG22 du 14/11/2022, RCCM n° RB/COT/22 B 33303, IFU n° 3202268793857. Responsabilité civile professionnelle et garantie financières conformes au Code des assurances CIMA.

Souscripteur : l'association APS-Bénin, personne morale signataire de la convention d'assurance santé SOHU (contrat collectif maladie à adhésion facultative). APS-Bénin est réputée agir pour le compte des Adhérents candidats volontaires à l'assurance, à l'exception des actes dont l'Adhérent a été préalablement informé qu'elle n'a pas pouvoir pour les accomplir, notamment le remplissage du questionnaire médical et le paiement de la prime.

Article 2 : nature de la Convention et formation des adhésions

La présente Convention prend effet à partir du 1^{er} janvier 2023 pour une durée d'un an renouvelable. Il s'agit d'un contrat collectif à adhésion facultative. Les adhésions sont à durée ferme et conclues pour une durée d'un an précisée aux Conditions Particulières.

Article 3 : procédure de souscription médicale et déclaration du risque

APS avec son Mandataire, les Assureurs et leurs médecins-conseil proposent une procédure de souscription visant à une sélection des risques pour assurer l'équilibre de la convention. Toutes les adhésions sont conditionnées par une « souscription médicale » des Bénéficiaires :

- ✓ **Questionnaire médical :** avant d'être affilié au contrat, le candidat à l'assurance doit répondre exactement aux questions posées par les Assureurs à travers le bulletin d'adhésion (Article 12, alinéa 2 du Code CIMA). La fausse déclaration intentionnelle est sanctionnée par la nullité du contrat. Les primes payées demeurent acquises aux Assureurs (Article 18 du code CIMA).
- ✓ Le questionnaire médical est visé par le Conseil médical. Si le profil de santé le justifie (pathologie préexistante ou chronique, candidats à l'assurance âgés de plus de cinquante ans...), la souscription peut être conditionnée par une **visite médicale** du Bénéficiaire auprès du médecin-conseil de l'APS-BENIN. Si le Bénéficiaire réalise l'examen, la consultation est payable directement par lui au cabinet médical (**10 000 F CFA**). En cas de souscription à SOHU par un Bénéficiaire ayant eu à supporter le coût d'une visite médicale, APS-BENIN rembourse, sous un mois, 50% du coût de la consultation (**soit 5 000 F CFA**), par chèque ou Mobile Money, au Bénéficiaire.

- ✓ Le médecin-conseil de l'APS-BENIN communique un **avis confidentiel** au médecin-conseil de Atlantique Assurances Bénin, seul décideur de la décision de souscription et de la tarification pour ces cas-là. APS, Souscripteur du contrat, n'a en aucun cas à justifier auprès des Adhérents les décisions des Assureurs qui sont souveraines.

Article 4 : conditions de rétractation

L'Adhérent dispose d'un délai de 7 jours à compter de la date de son paiement pour exercer son droit de rétractation par courrier recommandé à Atlantique Assurances Bénin ou à l'intermédiaire en charge. La prime lui sera alors remboursée à 90% par les Assureurs dans la mesure où le contrat n'a pas été utilisé. Les droits d'adhésion à l'Association restent acquis à l'Association dont il reste membre tant qu'il réglera ses cotisations annuelles.

Article 5 : perte de la carte d'assuré

En cas de perte de la carte d'assuré, il sera demandé à l'Adhérent un forfait de 5 000 FCFA pour sa réédition.

Article 6 : réclamations

Les réclamations sont reçues avec bienveillance attentive. En cas de litige, l'Adhérent peut s'adresser à APS-BENIN, souscripteur du contrat collectif, de préférence par mail à : contact@aps-benin.com pour obtenir, si possible, une solution amiable. Il peut aussi contacter Atlantique Assurances Bénin IARD ou VIE à l'adresse indiquée sur le site des Assureurs ou sur le document d'information.

Article 7 : protection des données personnelles

Les informations recueillies sur le Site font l'objet d'un traitement destiné à la souscription et à la consultation des contrats d'assurance et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. APS-BENIN, son Mandataire, Atlantique Assurances Bénin IARD et Atlantique Assurances Vie et leurs Intermédiaires agréés s'engagent à ne diffuser aucune information relative aux adhérents à des tiers autre que les Assureurs. Les fichiers des adhérents de l'association ne pourront être utilisés par APS-BENIN, Atlantique Assurances Bénin IARD et Atlantique Assurances Vie et leurs Intermédiaires agréés à des fins publicitaires ou sortant du champ des activités de l'Association.

Article 8 : sécurisation

Le Site www.aps-benin.com fait l'objet d'un des systèmes de sécurisation les plus performants à l'heure actuelle. Il a non seulement adopté le procédé de cryptage SSL (Secure Socket Layer) mais également renforcé l'ensemble des procédés de brouillage et de cryptage afin de protéger le plus efficacement possible toutes les données sensibles liées aux moyens de paiement. Le Site n'a jamais accès aux informations confidentielles relatives aux moyens de paiement. En application de la loi 2017-20 du 20 avril 2018 portant code du numérique en République du Bénin, le site a fait l'objet d'autorisation de collecte et de traitement des

données personnelles notamment de santé auprès de l'Autorité de Protection des Données Personnelles et l'Adhérent peut exercer son droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression en envoyant un mail à contact@aps-benin.com.

Article 9 : résiliation de la Convention

Les conditions de résiliation du contrat collectif « S3HU » sont les mêmes que celles d'un contrat individuel. Toutefois en cas de liquidation judiciaire du souscripteur "APS-Bénin", si le débiteur autorisé par le juge et Atlantique Assurances Bénin n'exercent pas, dans le délai de trois (03) mois à compter de la date du jugement de liquidation judiciaire, leur faculté de résiliation du contrat « S3HU», ce dernier se poursuit de plein droit entre Atlantique Assurances Bénin et les personnes antérieurement adhérentes au contrat groupe « S3HU ».

Article 10 : abrogation des dispositions antérieures

La présente convention abroge toutes dispositions antérieures contraires en l'occurrence la convention S3HU du 1^{er} avril 2019.

Cotonou, le 1^{er} janvier 2023

CONDITIONS GENERALES

POLICE D'ASSURANCE MALADIE

Le présent contrat est régi par :

- Le Code des Assurances des Etats Membres de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance (CIMA) ;
- Les Conditions Générales ;
- Les présentes Conditions Particulières jointes ;
- Les conventions spéciales.

SOMMAIRE

Pages

Chapitre I : DEFINITIONS 3

Chapitre II : OBJET ET ETENDUE DU CONTRAT..... 4

Chapitre III : EXCLUSIONS..... 6

Chapitre IV : FORMATION ET DUREE DU CONTRAT..... 11

Chapitre V : DETERMINATION - PAIEMENT DE LA PRIME ET PRESTATIONS..... 14

Chapitre VI : DISPOSITIONS DIVERSES 19

CHAPITRE I : DEFINITIONS

Pour l'application de l'ensemble des dispositions du présent contrat, il faut entendre par :

- 1) **Souscripteur** : APS-Bénin, personne morale signataire de la police, mandaté par ses Membres Adhérents, agissant tant pour elle-même que pour le compte des assurés et qui s'engage au paiement de la prime. Le souscripteur APS-Bénin est réputé agir pour le compte des Adhérents à l'exception des actes dont l'Adhérent a été préalablement informé qu'il n'a pas pouvoir pour les accomplir (exemple : remplissage du questionnaire médical).
- 2) **Adhérent** : personne physique ou morale qui adhère volontairement aux présentes conventions de groupe souscrites par l'Association de Prévoyance Sociale (APS-Bénin) et qui paie les *cotisations*.
- 3) **Assuré** : Toute personne désignée aux conditions particulières, bénéficiaire des prestations du contrat et âgée de moins de 65 ans sauf stipulation contraire aux Conditions Particulières.
- 4) **Bénéficiaire** : L'assuré ainsi que toute personne désignée sous ce titre aux Conditions Particulières.
- 5) **Maladie** : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
- 6) **Accident** : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.
- 7) **Délai d'attente** : La période à compter de la date d'adhésion de l'assuré au contrat pendant laquelle, certaines affections indiquées ci-après n'ouvrent droit à aucune prestation de la part de l'assureur.
- 8) **Spécialiste** : Celui qui traite un seul organe, ne fait pas de médecine générale ou est reconnu comme tel par l'administration compétente.
- 9) **Professeur** : Le professeur de faculté ou d'école nationale de médecine ainsi que le médecin chirurgien et spécialiste de Centres Hospitaliers Régionaux des villes sièges de faculté ou d'école nationale de médecine nommé par concours.
- 10) **Frais de déplacement** : Les frais de déplacement d'un médecin ou d'un auxiliaire médical à plus de 2 kilomètres de son domicile et qui ne pourront et en aucun cas dépasser ce qui serait dû au médecin ou auxiliaire médical de même catégorie dont le domicile est plus proche de l'assuré bénéficiaire.
- 11) **Bulletin d'adhésion** : Document fourni par l'Assureur comprenant un questionnaire médical à renseigner et à signer par l'assuré.
- 12) **Assureur** : Atlantique Assurances Bénin
- 13) **Echéance principale** : La date prévue pour le renouvellement du contrat et indiquée sous cette rubrique aux Conditions Particulières.
- 14) **Année d'assurance** : La période comprise entre deux échéances principales. Si la date de prise d'effet du contrat est différente de l'échéance principale, il faut entendre par « **première année d'assurance** », la période comprise entre cette date et la prochaine échéance principale.

Si le contrat expire entre deux échéances principales, la "**dernière année d'assurance**" s'étend de la période comprise entre la dernière date d'échéance principale et la date d'expiration du contrat.
- 15) **Période de carence** : Le nombre de jours à compter de la date d'admission de l'assuré pendant lesquels certaines affections indiquées ci-après n'ouvrent droit à aucune prestation.
- 16) **Maladie infectieuse** : Maladie provoquée par l'action d'un germe pathogène ou virus quel qu'il soit et par exemple : hépatite virale, coqueluche, grippe, variole, oreillons, fièvre typhoïde et paratyphoïde, pneumonie, rougeole, rubéole, scarlatine, zona, typhus exanthématique, varicelle, méningite cérébro-spinale, diphtérie, dysenterie, poliomyélite, rage, choléra, peste, tétanos, gastro-entérite.

Cette liste n'étant pas exhaustive, le Médecin Conseil se réserve le droit d'apprécier le caractère infectieux de toute autre affection.
- 17) **Maladie du système immunitaire** : Affection entraînant une baisse des défenses immunitaires et ses conséquences.
- 18) **Hospitalisation** : Tout séjour dans un établissement habilité à dispenser des soins médicaux ou à pratiquer des opérations chirurgicales.

- 19) **Prime** : La somme que doit payer le Souscripteur en contrepartie de la garantie de l'Assureur.
- 20) **Sinistre** : La survenance d'une maladie ou d'un accident sur la personne de l'assuré.
- 21) **Ticket modérateur** : La quotité laissée à la charge de l'assuré sur les prestations.
- 22) **Assuré principal** : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle reposent les garanties du présent contrat.
- 23) **Enfant à charge** : L'enfant de l'assuré principal ou celui de son conjoint (légitime, reconnu ou adopté). Un enfant peut être assuré jusqu'à l'âge de 26 ans s'il poursuit des études. Dépassé l'âge limite, il ne pourra être considéré comme un enfant à charge.
- 24) **Assuré secondaire** : Le conjoint légal, le compagnon, la compagne ou l'enfant à charge.

dépasser ce qui serait dû au médecin ou auxiliaire médical de même catégorie dont le domicile est plus proche de l'assuré bénéficiaire.

2) Pharmacie, analyses, radios

Sont seuls remboursés (sur présentation des vignettes ou à défaut des emballages) :

- Les produits pharmaceutiques ;
- Les frais d'analyse ;
- Les travaux de laboratoire ;
- Les frais de radios ;

prescrits par ordonnance médicale.

3) Frais d'optique médicale et de lunetterie

Les verres et montures sont pris en charge conformément au barème de remboursement joint aux conditions particulières.

CHAPITRE II : OBJET ET ETENDUE DU CONTRAT

Article 1 : Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de garantir au Souscripteur et ou aux assurés âgés de 65 ans au plus et à leur famille, le remboursement des frais et soins médicaux exposés par les bénéficiaires nommément désignés, à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'un autre événement prévu au contrat, dans les limites des clauses et conditions prévues au contrat.

Article 2 : étendue de la couverture

Sont prise en charge :

1) Frais Médicaux

La garantie a pour objet le remboursement à l'assuré bénéficiaire dans les limites prévues aux Conditions Particulières les dépenses d'ordre médical engagées à l'occasion d'une maladie ou d'un accident (à l'exclusion des accidents du travail ou des maladies professionnelles indemnisés comme tels).

a) **Frais médicaux** : Frais et actes liés aux consultations, visites et soins réalisés par des praticiens légaux.

b) Frais de déplacement

Les frais de déplacement d'un médecin ou d'un auxiliaire médical à plus de 2 km de son domicile et qui ne pourront et en aucun cas

4) Frais de soins dentaires

Les soins dentaires sont pris en charge conformément au barème de remboursement joint aux conditions particulières.

Les frais de prothèses dentaires sont pris en charge dans les mêmes conditions.

Aucun traitement, médicament, appareil, intervention ou hospitalisation n'est pris en charge s'il n'a été ordonné par une personne titulaire d'un diplôme de Docteur en médecine, chirurgien, chirurgien-dentiste, valable au regard de la législation du pays où sont dispensés les soins.

Ne donnent lieu à aucun remboursement :

- les produits alimentaires de régime ou autres médicaments diététiques :
- Les fortifiants non médicamenteux ;
- Les vins, les eaux minérales ;
- Le café sans caféine ;
- Le cacao sous toutes ses formes.
- les dentifrices, produits de beauté, produits et lotions capillaires ;
- les objets d'usage médical courant tels que :
- Thermomètre ;
- Seringues ;
- Fumigateurs ;
- Inhalateurs ;
- Bandes Bassins ;

- Vessies ;
- Bouillottes etc.

Cette liste est énumérative et non limitative.

5) Traitements spéciaux

Les traitements spéciaux et les soins dispensés par les auxiliaires médicaux ne donnent lieu à remboursement que s'ils sont prescrits par ordonnance médicale et sous réserve qu'ils soient pratiqués par un spécialiste légalement autorisé dans un établissement qualifié et reconnu comme centre de traitement.

Il en est ainsi notamment pour tous les actes d'électrothérapie, pour les traitements par rayons ultra-violet lumineux ou infrarouges, les traitements de tumeurs par curiethérapie et röntgenthérapie ainsi que les soins donnés par infirmière et garde-malade à domicile.

6) Maternité

Le remboursement à l'assuré, dans la limite de la prise en charge indiquée au barème de soins joint au contrat et sur présentation du bulletin de naissance de l'enfant, du montant des dépenses médicales, pharmaceutiques, chirurgicales et d'hospitalisation, effectuées à l'occasion de l'accouchement.

Les frais liés à la grossesse et ceux occasionnés après l'accouchement jusqu'à la consultation post-natale seront pris en charge pour les assurés bénéficiaires de la garantie conformément au barème de remboursement joint aux conditions particulières.

Risques exclus

Sont exclus de la garantie :

- les frais occasionnés par fausse couche intentionnelle non justifiée médicalement par l'état de santé de la mère ;

7) Hospitalisation, intervention chirurgicale

Le remboursement à l'assuré, dans les limites prévues aux Conditions Particulières et de celles définies ci-après, des frais consécutifs à une intervention chirurgicale et / ou à une hospitalisation et qui seraient engagés à l'occasion d'une maladie ou d'un accident.

La garantie porte sur : les frais d'hospitalisation, c'est-à-dire de séjour en clinique, maison de santé ou hôpital dont la

nécessité est constatée par un certificat médical, étant entendu que :

- Les séjours en sanatorium ou préventorium ne donnent lieu à remboursement qu'après accord préalable de la compagnie et pendant une durée maximum de six (6) mois ;
- Les frais d'intervention chirurgicale : honoraires du chirurgien, des aides, des assistants et anesthésistes :
 - Les frais d'utilisation de la salle d'opération ;
 - Les transfusions, analyses, réanimation ;
 - Les frais de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle.
- Les produits pharmaceutiques fournis en hôpital ou en clinique sur prescription du chirurgien ainsi que les radiographies à l'occasion de l'intervention chirurgicale ;
- Les frais de transport du malade, sous réserve que ce transport soit prescrit par ordonnance médicale ou justifié médicalement et dans la limite du coût du transport pour le trajet entre le domicile de l'assuré bénéficiaire et un établissement hospitalier de la même localité ou à défaut, de la localité plus proche.

Sont exclus de la garantie :

- les actes de chirurgie esthétique ;
- les interventions consécutives à une interruption de grossesse non imposée par l'état de santé de la mère.

8) Evacuation Sanitaire (A OPTION)

Le remboursement à l'assuré éventuellement accompagné d'une personne, des dépenses nécessitées par l'évacuation à destination d'un centre de soins, situé dans un pays autre que le Bénin sous réserve que cette évacuation et l'accompagnement soit médicalement justifiés et ordonnés et après acceptation par le médecin-conseil de la compagnie suivant convention spéciale « Evacuation Sanitaire ».

Article 3 : Plafond de la garantie

Le montant de la garantie est défini aux conditions particulières, dans la limite du barème de prestations en vigueur, fixé par les organisations compétentes.

CHAPITRE III : EXCLUSIONS

Sauf notification expresse dans les conditions particulières, ces exclusions sont applicables au contrat.

Les événements, les origines et causes d'affections, les actes, les prestations, les produits ci-dessous ne sont pas pris en charge par la Compagnie d'assurance et sont à la charge exclusive des patients.

Article 4 : exclusions générales

- les conséquences de la participation à une rixe sauf cas de légitime défense, à un duel, un crime, à des actes de terrorisme, à une grève ou des émeutes et mouvements populaires ;
- les conséquences d'une insurrection militaire, d'une guerre civile ou étrangère ;
- les conséquences de l'ionisation et de la pollution chimique ou nucléaire ;
- les conséquences de tout acte illégal commis par l'Assuré au cours d'un séjour passé en prison ;
- les frais d'évacuation sanitaire et de rapatriement, les frais de transport et les frais de séjour hors établissement hospitalier pour des consultations, des examens ou des traitements spéciaux ;
- les conséquences de l'ivresse ou de l'éthylisme, de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement, d'accoutumance et d'excès de médicaments sans contrôle médical ;
- les conséquences d'une mutilation volontaire, d'une blessure infligée à soi-même ou de toute tentative à cet égard, d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que l'auteur soit mentalement sain ou non ;
- les conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle indemnisable par la CNSS.
- les conséquences de la pratique même à titre amateur de sports réputés dangereux : sports mécaniques, sports de combat, sports de glisse (nautique, terrestre, sur neige ou sur glace), sports aériens (voltige, parachutisme, ULM, deltaplane, etc.), hockey sur glace ou sur gazon, polo, plongée sous-marine avec bouteille, alpinisme & escalade (varappe), saut à l'élastique ;

- les conséquences de la participation à toute compétition sportive amicale, amateur ou professionnelle, à des matchs ou paris.

Article 5 : exclusions spécifiques

Les affections

- les affections contractées antérieurement à la date de prise d'effet du régime de couverture "maladie" ou à la date d'incorporation d'un nouvel assuré
Lorsqu'une affection sera présumée être une aggravation d'un état préexistant ou la rechute d'une affection contractée antérieurement à la date de prise d'effet du contrat, et par conséquent exclue de la garantie, il appartiendra à l'Assuré d'apporter la preuve contraire ;
- les affections congénitales ou héréditaires, c'est à dire les maladies, anomalies, malformations et déficiences congénitales, qu'elles soient évidentes à la naissance ou suspectées et qui se manifestent ultérieurement sous réserve que la mère elle-même soit assurée depuis plus de 12 mois avant la naissance, cette exclusion ne s'applique pas aux enfants nés pendant la période de validité du contrat à la suite d'un accouchement garanti, lorsqu'ils auront été inscrits au bénéfice des garanties du contrat en qualité d'ayants droit avant le quatrième jour suivant leur naissance, pour les cas pathologiques suivants :
hernie, kyste thyro-glosse, sténose du pylore, reflux vésico-urétéral, reflux gastro-oesophagien, épispadias, hypospadias, exstrophie vésicale, exstrophie cœlomique inférieure, valves de l'urètre postérieur, méga-uretère, hydronéphrose et maladie de la jonction pyélo-calicielle, hernie diaphragmatique, atrésie de l'œsophage, omphalocèle et laparoschisis, atrésie duodénale, atrésie intestinale, mégacôlon congénital (Hirschsprung), imperforation de l'anus, atrésie biliaire, bronchectasie kystique, malformation adénomatoïde kystique des poumons, et frein lingual ;
- la recherche des causes de l'impuissance masculine, de la stérilité masculine ou féminine, de l'infertilité (spermogramme, hystérosalpingographie, culture de sperme, écho-doppler pelvienne testiculaire, coelioscopie, hystérocopie) ainsi que les traitements qui s'y réfèrent (dosages hormonaux, traitements par hormones

sexuelles, insémination et fécondation artificielle in-vitro ou ex-vitro, etc.) ;

- les affections psychiatriques et celles qui s'y réfèrent : maladies mentales, dépressions, etc. ;
- les examens et tests diagnostiques ainsi que les traitements thérapeutiques des troubles du sommeil y compris la polysomnographie ;
- l'obésité et la cellulite grasseuse.

Les actes

- les soins et/ou traitements définis à l'annexe II sans l'accord préalable du Conseil médical du Gestionnaire du régime ;
- les ordonnances non nominatives ;
- les ordonnances délivrées par des infirmiers, des médecins spécialistes et auxiliaires de médecine non reconnus par l'Ordre des Médecins et/ou l'Etat ;
- les renouvellements d'examens ou de médicaments non ordonnés par un médecin ;
- la médecine naturelle et par les plantes, les consultations et les traitements donnés par les tradipraticiens, rebouteux, naturopathes, hygiénistes ;
- tous les actes qui relèvent de la Médecine du Travail définie par les textes en vigueur, notamment les visites d'embauche, les visites de reprise du travail, les visites périodiques systématiques ;
- tous les actes qui relèvent de la Médecine d'Entreprise définie par les textes en vigueur, notamment :
 - la rémunération sous quelque forme que ce soit des praticiens et préposés qui exercent à l'infirmierie ou au centre médical de l'entreprise ;
 - les honoraires des médecins vacataires qui exercent en dehors de l'infirmierie ou du centre médical de l'entreprise en cabinet privé ou en clinique ;
 - l'approvisionnement en consommables divers et en produits médicamenteux de l'infirmierie ou du centre médical de l'entreprise ;
 - les prestations fournies au sein d'un centre médical inter-entreprises auquel le souscripteur aurait adhéré.
- les soins ou interventions ayant pour but de

remédier à toutes anomalies, infirmités et malformations constitutionnelles (malformation cardiaque et urogénitale, bec de lièvre, maladies congénitales, mongolisme, etc.) ;

- la chirurgie, les traitements et les soins à caractère esthétique, à but de maintien du poids, d'amaigrissement, de rajeunissement ou de beauté, contre la cellulite ou les vergetures ;
- la chirurgie plastique même lorsqu'elle fait suite à un accident ou une maladie garantie par le contrat ;
- les interventions et les soins consécutifs à une interruption volontaire de grossesse sans but thérapeutique reconnu ;
- les traitements d'accompagnement de la ménopause, l'ostéodensitométrie ;
- les séjours ou cures en établissements de rééducation ou à caractère sanitaire de toute nature, même lorsqu'ils sont consécutifs à une hospitalisation garantie : remise en forme, cures thermales, aérium, sanatorium, maison de convalescence ou de repos, maison de retraite ou hospice médicalisé ou non ;
- les périodes de quarantaine et les gardes de surveillance ;
- les séances de mésothérapie, balnéothérapie, thalassothérapie, diathermie, hydrothérapie ;
- les massages, la gymnastique correctrice (séquelle d'arthrose, scoliose), les manipulations de la colonne vertébrale (vertébrothérapie), la gymnastique pré et post natale ;
- les soins dispensés par les pédicures, les manucures, les chiropracteurs, les acuponcteurs
- les circoncisions sans nécessité médicale ;
- les tests et bilans psychologiques et les traitements par la psychanalyse et la psychothérapie ;
- les conséquences de retards et/ou anomalies psychiques, retard scolaire, orthophonie, dyslexie ;
- les bilans et traitements orthophoniques sauf lorsqu'ils sont consécutifs à une maladie ou un accident qui rentre dans le champ des garanties du contrat ;

- les check-up et bilans de santé périodiques, systématiques ou de routine ;
- les examens de dépistage systématique, les soins prophylactiques, les frais de traitements et de soins préventifs ;
- les bilans et visites prénuptiaux ;
- les tests d'allergologie et les traitements de désensibilisation ;
- tout procédé de contraception, y compris la pose de tout appareillage (stérilet) ou les interventions chirurgicales telles que la ligature des trompes et les conséquences ultérieures ;
- les tests de dépistage du VIH ;
- tout acte ou prestation médicale qui n'est médicalement pas vital pour la santé de l'Assuré (chirurgie de correction de la vue, don d'organe, etc.) ;
- l'amniocentèse et la péridurale ;
- les examens, opérations chirurgicales et traitements liés au changement de sexe ;
- les implants du cuir chevelu ;
- les tests génétiques ;
- les frais de transport sauf ceux effectués en ambulance par nécessité médicale jusqu'à l'établissement le plus proche.

Les produits pharmaceutiques

(Même lorsqu'ils sont prescrits par un médecin ou un dentiste)

- les constitutions de pharmacie ;
- les réactifs et tests sous toutes leurs formes ;
- les fortifiants, sels minéraux et vitamines sous toutes leurs formes, sauf en cas de pathologies asthéniantes telles que les états grippaux, le paludisme, l'hépatite, etc. ;
- les médicaments tels que : nivaquine, quinine, aspirine, et produits similaires sauf s'ils sont prescrits à titre curatif et en liaison directe avec la nature de l'affection ;
- les vaccins ;
- les produits amincissants, les modérateurs d'appétit, les produits de régime alimentaire, les eaux minérales, les produits diététiques de tous les âges (lait nutritionnel, aliments pour bébés) et les produits similaires ou dérivés sous quelque forme que ce soit ;
- les produits de nutrition orale et entérale ;
- les médicaments de la lactation ;
- les allergènes, les topiques à activité trophique ou protectrice, les savons antiallergiques ou gynécologiques, les antiacnéiques et antiséborrhéiques, les antisudoraux, les antialopéciques ;
- les produits de traitement des troubles de la pigmentation ;
- les contraceptifs sous toutes leurs formes ;
- les tests de grossesse vendus en pharmacie ;
- les objets à usage médical courant tels que thermomètre, seringue, vessie, sonde, inhalateur, irrigateur, bande, coton, poire vaginale, bac et poire à lavement, bassin, ventouses, gants, bouillotte, etc. ;
- les produits pharmaceutiques à usage familial tels que l'alcool, l'eau oxygénée, l'éther, le mercurochrome, le sparadrap, etc. ;
- tous produits de traitement d'un trouble psychique ou mental (psychose, anxiété, dépression, manie, etc.), les antidépresseurs, les anxiolytiques, les somnifères, les sédatifs, les hypnotiques, les amphétamines, les anorexigènes, les orexigènes ;
- les produits de traitement de la stérilité, de l'infertilité, de l'impuissance et de l'asthénie sexuelle (stimulants sexuels, androgéniques, etc.) ;
- les déparasitants périodiques, systématiques ou de routine ;
- les laxatifs ;
- les antiseptiques locaux (BETADINE, CYTEAL et produits similaires), les antiparasitaires externes ;
- les produits homéopathiques et phytothérapeutiques et d'herboristerie ;
- les élixirs, les pastilles et tablettes et de façon plus générale la confiserie médicamenteuse ;
- les anti-rétroviraux ;
- tous produits de comptoir qui sont délivrés sans prescription médicale et tous produits de parapharmacie ;

- les produits d'hygiène de maison ;
- les produits d'entretien des appareils prothétiques ;
- les lotions capillaires et tous produits de traitement du cuir chevelu et de la pilosité ;
- les savons médicaux ou non, produits de beauté, d'hygiène corporelle et tous produits à usage cosmétique ;
- les orthèses de toutes natures, cannes anglaises, béquilles, chaussures et/ou semelles orthopédiques, genouillères et bandage en général (Velpéau, Nylex, etc.) ;
- les prothèses lorsque l'accident ou la première manifestation de la maladie qui nécessite la prothèse est antérieure à la date de prise d'effet du contrat d'assurance ou de la date d'incorporation d'un nouvel assuré.

Les exclusions spécifiques à l'optique médicale :

- les lentilles de contact à usage esthétique destinées à modifier la couleur de l'iris ;
- les lentilles de contact à usage unique ;
- les suppléances lacrymales (larmes artificielles), les produits de contactologie et d'entretien des lentilles de contact ;
- les interventions au laser destinées à corriger la vue ;

Les exclusions spécifiques à la couverture dentaire ;

- les produits d'hygiène buccodentaire, de bains de bouche à l'exception de ceux prescrits par un dentiste suite à une extraction, de gargarisme, les apports fluorés pour les dents ou les gencives, les dentifrices et brosses à dents, même lorsqu'ils sont prescrits par un dentiste ;
- les détartrages maxillaires et/ou mandibulaires ;
- la chirurgie de comblement des poches parodontales utilisant notamment des matériaux à base de collagène, des membranes d'ostéo-intégration et des techniques de régénération tissulaire guidée (RTG) ;
- la chirurgie implantaire ainsi que les examens pré-opératoires (imagerie, exploration tomodensitométrie des maxillaires, scanner), le bilan biologique du

patient et les soins préparatoires nécessaires à la mise en œuvre des implants ;

- l'orthodontie pour les enfants à partir de 12 ans ;
- les séances de motivation des patients à l'hygiène et à la prophylaxie et à l'enseignement de la technique du brossage.

Autres exclusions spécifiques

Sont également applicables, toutes restrictions ou exclusions spécifiques relatives à l'état de santé de l'Assuré, mentionnées aux Conditions Particulières de la police.

SONT TOUJOURS EXCLUS : LES ACTES, MEDICAMENTS, EXAMENS DE TOUTE SORTE QUI NE SONT PAS EN RAPPORT DIRECT AVEC LA PATHOLOGIE INCRIMINEE.

CHAPITRE IV : FORMATION ET DUREE DU CONTRAT

Article 6 - Effet - durée - renouvellement

Le présent Contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières et au plus tôt le 1er du mois suivant la réception du dossier d'adhésion complet (bulletin d'adhésion et questionnaire médical complétés et signés, transmission des informations complémentaires éventuellement demandées), sous réserve de l'acceptation de votre dossier par le département médical de l'assureur et du paiement intégral de la première cotisation (art. 13 du code CIMA).

Si le dossier nécessite une étude médicale, le contrat débutera au plus tôt le 1er du mois suivant l'acceptation médicale.

L'adhésion au présent contrat est effective pour une période se terminant le 31 mars de chaque année. Elle est renouvelée par tacite reconduction au 1er avril de chaque année, pour une durée d'un an, tant que les conventions restent en vigueur.

Au moins quarante-cinq (45) jours avant l'échéance, l'assureur adressera à l'assuré, par lettre recommandée avec accusé de réception ou décharge, à sa dernière adresse connue, un avis d'échéance lui rappelant la prime du renouvellement. Celle-ci doit être

payée avant toute reconduction ; sinon la police sera résiliée de plein droit.

En cas de non transmission par l'assuré d'une lettre de résiliation dans le délai prévu, la résiliation de plein droit pour non-paiement de la prime visée à l'article 13 du code des Assurances CIMA, peut donner droit à l'assureur au paiement par l'assuré, des dommages-intérêts.

Ces dommages-intérêts sont fixés à 25% de la prime nette de renouvellement.

Toutefois, l'assureur qui n'a pas transmis l'avis d'échéance conformément aux dispositions de l'article 14 du code des assurances CIMA, ne peut se prévaloir du non-paiement de la prime de renouvellement par l'assuré.

Le contrat est parfait dès sa signature par les parties et le paiement de la prime convenue.

La compagnie prend en charge les conséquences d'un accident ou d'une maladie postérieure à la prise d'effet du contrat sous réserve des délais d'attente prévus ci-après.

Article 7- Délais d'attente

Sauf stipulations contraires aux Conditions Particulières, les garanties prennent effet pour chacun des *Assurés* à la *Date d'effet* du contrat sous réserve de l'application des *délais d'attente* suivants pour la garantie frais de santé :

- a) Sans délai c'est-à-dire à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat en cas d'accident et de maladie ;
- b) **Après un délai de quinze (15) jours** décomptés entre la date d'effet de l'adhésion pour chaque assuré bénéficiaire, et la date de la première constatation médicale, pour les conséquences des maladies infectieuses suivantes :
Varicelle, rubéole, rougeole, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons, méningite cérébro-spinale, dysenterie amibienne ou bacillaire, fièvre typhoïde et paratyphoïde, choléra, variole, entérite cholériforme infantile, fièvre de Malte, peste, typhus exanthématique.
- c) **Après un délai de 90 (quatre vingt dix) jours** décomptés entre la date d'effet de l'adhésion pour chaque assuré bénéficiaire et la date de la première constatation médicale pour les conséquences des autres maladies ;

d) **Après un délai de 180 jours (cent quatre vingt)** décomptés entre la date d'effet de l'adhésion pour chaque assuré bénéficiaire et la date de la première constatation médicale pour les soins dentaires

e) **Après un délai de 270 (deux cent soixante dix) jours** décompté entre la date d'effet de l'adhésion pour chaque assuré bénéficiaire et la date de la première constatation médicale pour :

- Les prescriptions de maternité ;
- Pour les maladies suivantes : maladies chroniques du nez, des oreilles et du larynx, sinusites, asthme, emphysème, adénopathie rachéobronchite, ulcères gastro-duodénaux, maladie du tube digestif, hernies, cataractes, glaucome, polypes et kystes, toutes tuberculoses, maladie du cœur et des vaisseaux, urémie, diabète, rhumatismes, névralgies chroniques, maladies chroniques des organes génitaux féminins, goitre et maladie de Basedow, déformations osseuses et articulaires, épilepsie et maladie Parkinson, maladie mentales, tumeurs de toute nature.

f) **Après un délai d'1 (un) an** décomptés entre la date d'effet de l'adhésion pour chaque assuré bénéficiaire et la date de la première constatation médicale pour les remboursements de frais de prothèses dentaires et de frais d'optique médicale ;

g) **Deux (2) ans** pour les maladies touchant le système de défense immunitaire ;

h) **Un (1) an** pour les dépressions nerveuses, les troubles mentaux, les psychoses et toutes tuberculoses, maladies chroniques du cœur et des vaisseaux, hernies (quelle qu'en soit la cause), cholécystite chronique, calculs, diabète, maladies des organes génitaux féminins traités par chirurgie ou électrothérapie, goitres et maladies de BASEDOW, déformations osseuses et articulaires, épilepsie et maladies de PARKINSON, tumeurs de toute nature;

Suppression des délais d'attente

Lorsqu'à la souscription du contrat, le souscripteur peut justifier de l'existence des garanties antérieures identiques, au bénéfice d'un ou de plusieurs assurés, les délais d'attente pourront être supprimés ou réduits pour un ou ces assurés, **dans la limite des garanties antérieures**, à condition qu'il n'y ait pas interruption de garantie entre l'ancien et le présent contrat.

Toutefois, le délai de **deux (2) ans** concernant les maladies touchant au système de défense immunitaire ne peut en aucun cas être abrogé.

Cas particuliers - Enfant né après la souscription

L'Enfant né après la souscription du contrat bénéficie des garanties sans délai d'attente à condition :

- Qu'il soit déclaré à l'assureur **dans le mois (1)** qui suit sa naissance ;
- Qu'il se soit écoulé **au moins trois (3) mois** entre la date d'effet du contrat et le jour de sa naissance ;
- Que le souscripteur paie la prime correspondant à l'adhésion du nouvel assuré.

Affections antérieures

Les séquelles d'accidents, les infirmités et les maladies antérieures à la date d'effet du contrat ou à la date d'admission d'un nouvel assuré, sont garanties à la double condition suivante :

Qu'elles aient été déclarées en réponse au questionnaire médical de la proposition, Qu'elles ne fassent pas l'objet d'une exclusion aux Conditions Particulières.

En cas de non déclaration des infirmités ou maladies congénitales connues, des maladies et des accidents survenus avant la date d'effet du contrat ou la date d'admission du nouvel assuré, le souscripteur et l'assuré s'exposent aux sanctions suivantes :

- la nullité du contrat pour fausse déclaration intentionnelle (article 18 du code CIMA) ;
- l'augmentation de la prime pour fausse déclaration non intentionnelle découverte avant sinistre. Il est entendu qu'en cas de refus de l'augmentation de la prime par l'assuré, le contrat sera résilié **dix (10) jours** après notification à lui faite par lettre recommandée ou contresignée (article 19 du Code CIMA) ;
- la réduction de la prime pour fausse déclaration non intentionnelle découverte après sinistre (article 19 du code CIMA)

Durée du contrat

Le contrat est conclu pour une durée prévue aux Conditions Particulières.

A son expiration, il sera reconduit tacitement d'année en année à défaut de dénonciation par l'une ou l'autre des parties avec préavis

de **DEUX (2) MOIS au moins**, dans les formes prévues aux Conditions Particulières.

Article 8 - Personnes assurées

Les personnes assurées par le présent contrat seront celles dont la liste aura été communiquée par le souscripteur à la compagnie, à condition que ces personnes aient accompli les formalités médicales que la compagnie jugerait nécessaires.

La compagnie se réserve à tout moment la faculté d'exiger les compléments d'information qu'elle juge nécessaire afin de limiter ou refuser sa garantie ou d'appliquer une surprime.

Ces personnes assurées sont - l'assuré principal, le conjoint légal et l'enfant légal, tels qu'ils sont définis au **Chapitre 1 - Définitions**. L'enfant légal assuré est sorti automatiquement du contrat à **l'âge de 21 ans**. L'enfant légal peut continuer d'être assuré au delà de 21 ans s'il justifie d'études universitaires. Toutefois, cette prolongation ne saurait excéder **l'âge de 25 ans pour l'enfant poursuivant ses études**.

Article 9 - Engagement maximum

L'engagement maximum représente le montant de francs CFA que l'assureur aurait à payer pour un assuré, au titre de tous les sinistres survenus pendant l'année d'assurance.

Le montant de cet engagement maximum est précisé en caractères très apparents dans les Conditions Particulières et indiqué pour une **année (12 MOIS)**.

Pour une durée différente **d'un (1) an**, l'engagement maximum est évalué proportionnellement à cette durée.

Article 10 - Etendue géographique de la garantie

La garantie s'exerce :

- au Bénin ;
- Moyennant mention expresse aux Conditions Particulières, dans le monde entier, au cours de séjours temporaires.

Article 11 - Fin de la garantie

1) La garantie prend fin

- A l'égard de chaque assuré atteignant **l'âge de 60 ans au 31 décembre** de l'exercice au cours

duquel cet événement se réalise sauf dispositions contraires aux Conditions Particulières ;

- A l'égard des enfants assurés lorsqu'ils ne répondent plus à l'un des deux critères :
- Etre à la charge au sens de la législation fiscale ;
- Ou être à charge au sens de la législation sociale.

2) Dispositions particulières au contrat individuel

En cas de résiliation par l'assuré, les prestations prévues par le contrat sont dues à l'assuré bénéficiaire exclusivement pour les soins exposés avant la date de la résiliation.

En cas de résiliation par la compagnie, d'expiration du contrat ou de résiliation de plein droit, le droit aux prestations pour les seuls sinistres survenus avant la date d'expiration du contrat ou la date d'effet de la résiliation est maintenu pendant une période de **trois (3) mois** après cette date et jusqu'à concurrence du maximum prévu.

Cette période de **trois (3) mois** est portée à la durée du délai d'attente prévue pour les maladies qui y sont soumises.

3) Dispositions particulières au contrat collectif ou d'entreprise

La garantie et le droit aux prestations prennent fin pour les risques (maladies, maternité, accident) à l'égard de chaque assuré bénéficiaire à la date de cessation d'emploi chez l'assuré souscripteur qui est tenu d'en informer la compagnie dans un délai de **huit (8) jours** et au plus tard à la date d'effet de sa résiliation par la compagnie, l'assuré ou de plein droit.

Article 12 : Déchéance

L'assuré bénéficiaire est déchu de la garantie lorsque le sinistre résulte de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel.

CHAPITRE V : DETERMINATION - PAIEMENT DE LA PRIME ET PRESTATIONS

Article 13 - Prime

La prime évoquée dans le contrat concerne l'année d'assurance. Par dérogation précisée en caractères très apparents dans les Conditions Particulières, elle peut être fractionnée en tranches. Le montant de la prime ou en cas de fractionnement, les fractions de prime, ainsi que les frais et taxes sur le contrat d'assurance doivent également être indiqués dans les Conditions Particulières.

La prise d'effet du contrat est subordonnée au paiement préalable de la prime par le souscripteur. Par conséquent, il est interdit 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 ailleurs il est accordé, à l'Etat et ses démembrements, un délai de cent quatre vingt (180) jours à compter de la date de prise d'effet ou de renouvellement du contrat pour le paiement de toute prime d'assurance. On entend par Etat et ses démembrements, les services et organismes assujettis au régime juridique de la comptabilité publique.

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.

Chèques et effets impayés

Lorsqu'un chèque ou un effet remis en paiement de la prime revient impayé, l'assuré est mis en demeure de régulariser le paiement dans un délai de **huit (08) jours** ouvrés à compter de la réception de l'acte ou de la lettre de mise en demeure.

A l'expiration de ce délai, si la régularisation n'est pas effectuée, 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.

Détermination des primes

- 1) La prime est déterminée en fonction du tarif en vigueur.
- 2) Si la compagnie est amenée à modifier le ou les tarifs applicables aux risques garantis par le présent contrat, la prime sera modifiée dans les mêmes proportions.

L'ajustement de la prime au nouveau tarif ne pourra être réalisé plus de deux fois au cours de chaque période annuelle d'assurance. Il est prévu aux Conditions Particulières, les clauses d'ajustabilité qui sont fonction des résultats de la police.

Revalorisation des tarifs de base

Les tarifs de base varieront chaque année dans la même proportion que la variation du coût

de la consultation du médecin tel qu'il est fixé par les organisations compétentes.

Paiement de la prime

La prime est payable au Siège social de l'Assureur ou au domicile du mandataire éventuellement désigné par lui à cet effet et à la date précisée aux Conditions Particulières.

Clause d'ajustement de la prime

Chaque année, l'on calculera les résultats techniques de la police par le rapport sinistre cotisation. Si ce résultat excède 60 %, ATLANTIQUE ASSURANCES BENIN procédera à la majoration de la prime d'assurance selon le tableau ci-dessous.

CLAUSE D'AJUSTEMENT	
RAPPORT S/P	POURCENTAGE D'AJUSTEMENT
0% à 44%	20% de rabais
45% à 54%	10% de rabais
55% à 64%	05% de rabais
65% à 74%	Sans changement
75% à 79%	10% de majoration
80% à 84%	20% de majoration
85% à 89%	25% de majoration
90% à 94%	30% de majoration
95% à 99%	35% de majoration
100% à 104%	40% de majoration
105% à 109%	45% de majoration
110% à 114%	50% de majoration
115% à 119%	55% de majoration
120% à 124%	60% de majoration
125% à 129%	65% de majoration
130% à 134%	80% de majoration
135% et Plus	100% de majoration

REDUCTION GROUPE	
POPULATION	REDUCTION
0 à 250 Bénéficiaires	Tarif intégral
251 à 500 Bénéficiaires	10% de rabais
501 à 1000 Bénéficiaires	15% de rabais
Plus de 1000 Bénéficiaires	20% de rabais

Le calcul se fera par police sur les **douze (12) mois** précédant l'échéance afin de déterminer le rapport SINISTRES/PRIMES.

- Par sinistres, il faut entendre le total des indemnités payées et provisions pour sinistres

connus à payer aux assurés bénéficiaires du contrat pour la période considérée.

Pour permettre de calculer le résultat technique, l'assuré s'engage à remettre à l'assureur tous les frais qu'il aura exposés au cours de cette période sous peine de n'être remboursé après la notification qui lui sera faite du rapport S/P ;

- Par prime, il faut entendre, le montant total des primes nettes d'annulations, de frais et impôts acquises au titre de l'exercice écoulé, quel que soit la date d'émission et d'encaissement de ses primes.

Lorsque le rapport S/P entraîne une majoration de la prime, l'assuré a la faculté de demander la résiliation du contrat dans les **trente (30) jours** suivant la notification par l'assureur.

Dans ce cas, il est fait application du barème d'ajustement ci-dessus sur le montant total des primes émises au titre de l'exercice écoulé et sur la période allant de la date d'échéance à la date de résiliation sollicitée.

L'ajustement de la prime sera effectué au plus tard **quinze (15) jours** après que les éléments de tarification soient définitivement connus.

Le paiement du complément de prime ou de la ristourne sera effectué au plus tard **quinze (15) jours** après le calcul de l'ajustement.

Il reste entendu qu'au renouvellement, la prime de renouvellement sera calculée sur la base de la prime de l'exercice échu pour les types de contrat.

Article 14 - prestations garanties

La prescription du médecin inscrit à l'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS DE BENIN sert de base aux prestations, lorsqu'elle est justifiée par une Maladie ou un Accident garanti.

Les prestations doivent être pratiquées par une personne autorisée par les lois et règlements en vigueur, à la faveur d'une prescription médicale et dans les structures médicales agréées par le MINISTERE de la SANTE.

Le remboursement des frais relatifs aux prestations en kinésithérapie et rééducation, en prévention Santé et en séjour dans un sanatorium et dans un préventorium NE PEUVENT AVOIR LIEU QU'APRES ACCORD PREALABLE DU MEDECIN CONSEIL DE L'ASSUREUR.

14.1 Frais médicaux

Les frais médicaux sont les dépenses en soins de santé occasionnées par les actes des auxiliaires médicaux, les consultations et visites des médecins (généralistes, spécialistes et professeurs

14.2 Frais pharmaceutiques

Les frais pharmaceutiques sont les dépenses relatives à l'achat des médicaments prescrits par un médecin.

14.3 Frais d'hospitalisation

Les frais d'hospitalisation concernent toutes les dépenses effectuées au cours d'une hospitalisation.

14.4 Frais d'analyse de biologie

Les frais d'analyse de biologie concernent les dépenses relatives aux examens de laboratoire.

14.5 Frais d'examen de radiologie

Les frais d'examen de radiologie concernent les dépenses effectuées auprès d'un radiologue.

14.6 Actes de spécialités

Les actes de spécialités sont les soins prodigués à l'assuré, par un médecin spécialiste ou un professeur en médecine.

14.7 Frais de kinésithérapie et de rééducation

Les frais de kinésithérapie et de rééducation sont les dépenses liées aux séances de traitement chez le kinésithérapeute.

14.8 Frais de séjour en sanatorium et préventorium

Les frais de séjour en sanatorium et en préventorium concernent les dépenses effectuées au cours d'une hospitalisation dans ces établissements spécialisés.

Article 15 - Montant de la garantie

Ce montant est déterminé par l'application du taux de remboursement indiqué aux Conditions Particulières sur les frais réels, dans la limite du barème de prestations en vigueur (voir les Conditions Particulières).

Le barème de prestations est une liste dans laquelle sont répertoriés de manière non exhaustive, la codification des actes médicaux et de la journée d'hospitalisation, ainsi que les plafonds y afférents.

LISTE DES ACTES SOUMIS A ENTENTE PREALABLE

Sont soumis à entente préalable lorsque leur couverture est prévue, les frais suivants :

- les prothèses de toute nature (orthopédiques, auditives, etc.) ;
- les prothèses dentaires et l'orthodontie pour les enfants de moins de 12 ans ;
- la rééducation sous toutes ses formes (motrice, de la parole et du langage, des yeux, etc.) ;
- les séances d'orthophonie et d'orthoptie ;
- la kinésithérapie, les massages, les séances de diathermie et d'hydrothérapie, la thermothérapie, la physiothérapie ;
- l'électrodiagnostic, scanner, IRM, scintigraphie ;
- l'électrothérapie ainsi que les traitements par rayons ultraviolets, lumineux et infrarouges ;
- la chimiothérapie et la radiothérapie ;
- les soins au laser ;
- les bilans prénatals ;
- les échographies répétées (à partir de la quatrième) dans le cadre de la surveillance d'une grossesse à risque ;
- les échodopplers cardiaques, les mammographies, les hystérosalpingographies ;
- les frottis cervico-vaginaux avant l'âge de 35 ans ;
- les traitements de longue durée (durée supérieure à un mois) ;
- les séances de dialyse ;
- les traitements spéciaux ou réputés coûteux tel que les traitements au DECAPEPTIL ;
- les bilans et traitements hormonaux ;
- les hospitalisations médicales et les interventions chirurgicales programmées ;
- les actes d'anatomie et de cytologie pathologique ;

- les évacuations utérines sur grossesse arrêtée et les interruptions volontaires de grossesse à but thérapeutique ;
- les bilans et traitements orthophoniques lorsqu'ils sont consécutifs à une maladie ou un accident qui rentre dans le champ des garanties du contrat ;
- les verres optiques autres que les "verres blancs".

En cas de doute, le bénéficiaire des prestations est tenu de prendre l'attache du Conseil médical du Gestionnaire du régime.

Article 16 : Les sinistres

16.1 Formalités

Réseau de soins tiers payant

L'assureur propose un réseau de prestataires santé agréés (centres de santé, pharmacies, laboratoires, opticiens). Ce réseau tiers payant prend en charge les assurés sur présentation de leurs cartes d'assurance et les assurés ne paient que le reste à charge prévu au contrat.

En cas de soins hors réseau tiers payant, l'assuré bénéficiaire ou ses ayant-droits ou toute personne agissant en leur nom doit :

Déclaration

- a) Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, prévenir la compagnie par écrit ou verbalement contre récépissé de tout accident, maladie, invalidité ou décès de l'assuré bénéficiaire dans les dix (10) jours suivant la date de la première constatation médicale ou du décès.
- b) Préciser la nature de l'accident ou de la maladie ; l'assuré bénéficiaire pouvant s'il le désire le faire sous pli cacheté adressé au médecin-conseil de la compagnie.
- c) Préciser les noms, prénoms et domicile de l'assuré bénéficiaire, la nature de la maladie, le nom et l'adresse du médecin traitant, le nom et l'adresse de l'établissement hospitalier, s'il y a lieu, le numéro du contrat. S'il s'agit d'un accident, préciser les circonstances et le lieu de celui-ci ainsi que les nom et adresse du tiers responsable et éventuellement des témoins.

Feuille maladie

- a) Transmettre à la compagnie dans les quinze (15) jours qui suivent la cessation du traitement, si la maladie dure moins de trois

(3) mois, ou dans les quinze (15) jours suivant l'expiration de chaque trimestre, si les soins durent plus de trois (3) mois, toutes pièces justificatives des frais exposés, note d'honoraires de médecin et de chirurgien, note de frais pharmaceutiques, de clinique ou d'hospitalisation, ordonnances ainsi que tous les documents justificatifs de toute nature et pour l'assuré bénéficiant d'un régime de Sécurité Sociale les feuilles de décompte des remboursements effectués par celui-ci.

Ces pièces seront conservées par la compagnie, elles devront être datées et acquittées et rappeler les nom et prénoms de la personne soignée, la nature de la maladie et les soins donnés, la date des visites ou consultations. Les vignettes des médicaments doivent être collées sur l'ordonnance médicale ou la feuille de soins pour en obtenir le remboursement.

Fausse déclaration

La production de déclaration, renseignement ou document sciemment faux ou dénaturé notamment par simulation d'une maladie, entraîne la perte de tout droit à prestations.

16.2 Contrôle

La compagnie se réserve le droit de faire procéder à tout contrôle médical qu'elle jugera utile.

L'assuré peut exiger que les visites de contrôle aient lieu en présence de son médecin traitant.

Si l'assuré bénéficiaire refuse sans motif valable de se prêter au contrôle médical prescrit par la compagnie, le remboursement des frais sera suspendu.

Article 17 : Délais de règlement

Les indemnités à la charge de la compagnie seront payées au plus tard dans **le mois qui suivra** la remise effective des pièces justificatives ou le cas échéant la décision de justice passée en force de chose jugée.

Calcul du montant des remboursements

Le remboursement est dans chaque cas calculé en fonction du barème de remboursement prévu aux Conditions Particulières de la police sans cependant pouvoir être supérieur au montant des frais réels ni dépasser le maximum fixé par la loi, la réglementation ou les présentes Conditions Générales.

L'assurance ne pouvant être une source de bénéfice, l'assuré ne pourra, en aucun cas, recevoir au titre du présent contrat, une indemnité complémentaire qui aurait pour effet de porter le montant de ses prestations à une somme supérieure à celle de ses dépenses réelles.

En conséquence, il sera déduit du montant des remboursements prévus au présent contrat, le montant des prestations qui pourraient être garanties à l'assuré par tout autre régime de protection sociale.

Frais exposés à l'étranger

En ce qui concerne les frais médicaux d'hospitalisation ou de chirurgie effectués en dehors de la Bénin, l'indemnité est toujours déterminée, sauf conventions contraires en prenant comme base les tarifs du Régime Général de la Sécurité Sociale Française.

CHAPITRE VI : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 18 - Assurances cumulatives

Il y a assurances cumulatives lorsqu'un même objet, ici l'assurance Maladie/ Accident, est garanti simultanément par deux ou plusieurs assureurs contre le même risque et pour le même intérêt.

Le souscripteur ou l'assuré doit donner immédiatement à chaque assureur connaissance des autres assureurs et indiquer le taux de garantie et les barèmes et plafonds de garanties (voir l'Article 34 du Code CIMA en annexe).

Article 19 - Subrogation

En vertu de l'Article 42 du Code Cima en annexe, l'assureur est subrogé jusqu'à concurrence de l'indemnité payée par lui au titre des frais de soins de santé à l'occasion d'un sinistre, dans les droits et actions de tout assuré contre tout responsable dudit sinistre.

Quand la subrogation ne peut plus par le fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur, ce dernier est déchargé de tout ou partie de sa garantie envers cet assuré.

Article 20 - Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite dans un délai de **2 ans** à compter de l'événement qui lui donne naissance (voir l'Article 28 du Code CIMA en annexe).

Toutefois, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. (Voir l'Article 29 du Code CIMA en annexe).

Article 21 - Arbitrage

L'assureur se réserve le droit de faire vérifier par le médecin de son choix, les causes du sinistre et ses conséquences.

Les médecins et les représentants de l'assureur devront avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de constater son état de santé.

En cas de refus sans justification valable de l'intéressé de se soumettre au contrôle, celui-ci perdrait tout droit à indemnisation pour le sinistre considéré.

En cas de désaccord sur l'existence, les causes ou les conséquences d'un sinistre, les parties soumettront leur différend à deux médecins, désignés l'un par l'assuré, l'autre par l'assureur.

S'il y a divergence de vues entre les deux médecins-, ceux-ci en choisiront un troisième, inscrit à l'Ordre des Médecins, pour les départager.

Faute par l'une des parties de nommer son médecin expert, ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation sera effectuée, à la requête de la partie la plus diligente par le Président de Tribunal de Première Instance du lieu où l'accident s'est produit ou du domicile de l'assuré.

Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.

L'avis du troisième médecin sera obligatoirement accepté par les deux parties : Assuré - Assureur.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin tiers expert et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, seront supportés par moitié par chacune des parties.

Tout litige susceptible de naître à l'occasion de l'interprétation ou de l'exécution du présent contrat sera de la compétence exclusive des tribunaux compétents.

Article 22 - Information de l'adhérent

Conformément à l'article 98 du code CIMA, Le souscripteur est tenu :

- de remettre à l'adhérent un document établi par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;
- d'informer par écrit les adhérents des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations .

L'adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

Toutefois, la faculté de renonciation n'est pas offerte à l'adhérent lorsque le lien qui l'unit au souscripteur rend obligatoire l'adhésion au contrat.

Le souscripteur d'un contrat d'assurance groupe garantissant des emprunteurs ne peut ni modifier ni résilier celui-ci sans avoir obtenu l'accord de chaque emprunteur.

Article 23 - Conditions de résiliation

23.1 Formes de résiliation

Le Contrat est résiliable par l'une ou l'autre des parties contractantes, ainsi que le stipule l'Article 21 du Code CIMA.

Lorsque le souscripteur a la faculté de résilier le contrat, il peut le faire soit par :

- Lettre recommandée avec demande d'avis de réception,
- Déclaration faite contre récépissé au siège social de l'assureur ou chez son représentant,
- Notification faite par un huissier de justice;

L'Assureur est tenu d'adresser, en cas de résiliation une lettre recommandée avec accusé de réception (voir les Articles 22 et 26 du Code CIMA en annexe).

La résiliation par l'une ou l'autre partie doit intervenir dans les **3 MOIS** suivant la date à laquelle la **situation** nouvelle de l'événement qui en est la cause, prend naissance (**voir article 27 du Code CIMA en annexe**).

Dans le cas où la résiliation intervient au cours d'une période d'assurance, l'assureur rembourse au souscripteur la portion de prime payée d'avance, concernant la période pendant laquelle les risques Maladie/ Accidents ne sont plus garantis.

Toutefois, en cas de résiliation pour non-paiement de prime cette portion reste due à l'assureur. Reste également due à l'assureur, la portion de prime concernant un assuré radié du contrat pour cause de fraude ou de tentative de fraude à l'occasion d'un remboursement ou sinistre.

23.2 Cas de résiliation

Les différents cas de résiliation possible du contrat par l'une ou l'autre des parties sont :

Par l'assuré ou par l'assureur

- En cas de survenance d'un des événements suivants (voir l'article 25 du Code CIMA en annexe) :
 - changement de domicile ;
 - changement de situation ou régime matrimonial ;
 - changement de profession ;
 - retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.
- Lorsque le contrat a pour objet la garantie de risque en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

Dans ce cas, la résiliation peut intervenir dans les mois qui suivent l'événement.

Par l'assuré

- En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées dans la police, si l'assureur refuse de réduire la prime en conséquence ;
- En cas de résiliation par l'assureur, après un sinistre, d'un autre contrat souscrit auprès de lui. (Voir l'Article 25 du Code CIMA en annexe) ;
- En cas de majoration de la prime consécutive à la révision du tarif.

Par l'assureur

- En cas de non-paiement des primes (voir l'article 13 du Code CI : MA en annexe) ;
- En cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat,

l'assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait pas fait sans une prime plus élevée, il peut résilier moyennant préavis de deux mois ;

- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque, à la souscription ou en cours de contrat (voir l'Article 19 du Code CIMA).

Par l'assureur ou la masse des créanciers de l'assuré

- En cas de mise en demeure judiciaire ou de liquidation des biens de l'assuré.

De plein droit

- En cas de retrait total de l'agrément de l'assureur (voir les articles 17 et 325-11 du Code CIMA).

23.3 Radiation de l'assuré

La radiation d'un assuré du contrat s'effectue automatiquement dans les cas suivants :

- L'assuré adulte (assuré principal ou son conjoint) atteint l'âge de **60 ans** ou dès sa **notification de départ à la retraite** ;
- L'assuré secondaire, enfant de l'assuré principal, atteint l'âge de **21 ans** ou plus sauf s'il justifie d'études universitaires sans pour autant dépasser l'âge de **25 ans** ;
- L'assuré coupable de fraude ou tentative de fraude à l'occasion d'un remboursement du **sinistre**, pour la **3ème fois depuis son adhésion au contrat**, après deux sanctions successives, quel que soit la période de couverture. **L'assureur oppose un refus systématique à toute adhésion future de cet assuré dans tout autre contrat Santé qu'il détient dans son portefeuille.** Les sanctions évoquées ci-dessus sont les suivantes :
 - en premier lieu, rejet du dossier présenté en remboursement ;
 - en cas de récidive, suspension pendant **3 MOIS** de tout remboursement des dépenses exposées.
- Rupture du contrat de travail qui lie l'assuré principal à son employeur ;
- Radiation des assurés secondaires que sont les conjoint et enfants du fait de la radiation de l'assuré principal.

CONDITIONS GENERALES PREVOYANCE FAMILIALE

PREAMBULE

Votre contrat "**Prévoyance Familiale**" de la famille des contrats Groupe Décès Emprunteurs, est une assurance sur la vie régie par le Code des Assurances des Etats Membres de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances (CIMA). Il comprend les Conditions Générales et les Conditions Particulières. Les Conditions Générales définissent vos droits et les nôtres. Elles sont constituées par le présent document. Les Conditions Particulières définissent les caractéristiques spécifiques de votre contrat : vos données personnelles, le montant des garanties, leur durée, les différents bénéficiaires, les clauses particulières que vous et nous avons définies ensemble. Les dispositions des Conditions Particulières prévalent sur celles des Conditions Générales.

ARTICLE 1 : Définitions

Accident : on entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Contractant ou souscripteur : c'est la personne qui signe le contrat et s'engage à payer les primes. Il est aussi, dans la majorité des cas, l'Assuré.

Assuré ou adhérent : c'est la personne sur la tête de laquelle repose le contrat, et dont la survie ou le décès entraîne le versement des prestations prévues au contrat.

Bénéficiaire : c'est la personne qui reçoit les prestations prévues au contrat. Il peut être en même temps le Souscripteur ou l'Assuré ; il peut aussi être un tiers, par exemple un enfant ou un proche.

Invalidité Absolue et Définitive (IAD) : elle se définit comme une invalidité qui, lorsqu'elle frappe une personne, la rend incapable d'effectuer les actes ordinaires de la vie courante sans l'assistance d'une tierce personne.

Maladie : on entend par maladie une altération de la santé constatée par un médecin.

Prescription: c'est la Période ou la date au-delà de laquelle aucune réclamation relative au contrat n'est recevable.

Prime ou cotisation: c'est la somme d'argent que verse le souscripteur en contrepartie du risque garanti par l'assureur.

Provisions mathématiques: c'est l'épargne constituée par l'assureur au profit du souscripteur. Elles sont destinées à faire face aux engagements à l'égard des souscripteurs et bénéficiaires des contrats.

ARTICLE 2 : Dispositions générales

Le présent contrat est régi, tant par le Code des Assurances des Etats Membres de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances (CIMA) que la législation applicable au Bénin. Il comprend les présentes Conditions Générales, les conditions particulières et les bulletins d'adhésion.

ATLANTIQUE ASSURANCES BENIN VIE., l'Assureur-vie qui rassure.

ARTICLE 3 : Objet et nature du contrat

Le contrat PREVOYANCE FAMILIALE a pour objet de garantir contre les risques de décès et d'invalidité absolue et définitive, l'assuré. Il garantit le versement à la personne désignée comme bénéficiaire, le capital indiqué sur le bulletin d'adhésion en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive de celui-ci avant l'échéance du contrat

ARTICLE 4 : Admission à la garantie

Sont admissibles au présent contrat, toutes les personnes physiques âgées de soixante-cinq (65) ans au plus à la date de signature du contrat et, n'étant pas en état d'incapacité de travail à cette date.

Pour être admis à l'assurance, tout adhérent doit donner son consentement par écrit, en remplissant un bulletin d'adhésion dont le formulaire lui est remis par le contractant. Il devra en outre remplir et signer un questionnaire médical établi par un médecin désigné par l'Assureur si celui-ci le juge nécessaire. Toutefois, la garantie n'est acquise à l'adhérent qu'après acceptation expresse de la compagnie qui se réserve le droit :

- de refuser ou de différer l'assurance pour la personne qui ne serait pas en état de santé satisfaisant,
- de subordonner son admission à un examen médical approfondi aux frais de l'assuré par un médecin désigné par l'assureur,
- de ne l'accepter que moyennant une surprime,
- d'exclure certains risques de l'assurance.

Les déclarations de l'Assuré servent de base à la présente convention qui est incontestable dès qu'elle a pris existence, sauf l'effet des dispositions de l'article 4 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 5 : Effet - durée

Le présent contrat est souscrit pour la durée prévue aux Conditions Particulières.

ARTICLE 6 : Obligation de déclaration du risque

Sous peine de sanction, l'Assuré est obligé de 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 lui faire apprécier les risques qu'il prend en charge.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou toute réticence à informer l'Assureur de la part de l'Assuré, entraîne la nullité du contrat si elle est de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion de l'Assureur dans l'appréciation du risque (article 18 du Code).

Dans ce cas, l'Assureur versera au Contractant en cas de décès de l'Assuré ou au Bénéficiaire, une somme égale à la provision mathématique du contrat.

ARTICLE 7 : Risques couverts et risques exclus

La Compagnie garantit tous les risques de mort quelles qu'en soient la cause et les circonstances, sous réserve des dispositions ci-après :

1) Le suicide

L'Assurance est de nul effet si l'Assuré se donne volontairement et consciemment la mort au cours des deux (02) premières années du contrat (art. 66 du Code).

2) Le meurtre de l'Assuré par le Bénéficiaire

Le Contrat d'assurance cesse d'avoir effet à l'égard du Bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'Assuré. Il en est de même pour ses complices (art. 78 du code).

3) la navigation aérienne

La Compagnie garantit sans surprime ni avis, les risques de décès inhérents aux voyages aériens accomplis par l'Assuré à titre de simple passager à bord d'appareils de transport pourvus d'un certificat valable de

ATLANTIQUE ASSURANCES BENIN VIE., l'Assureur-vie qui rassure.

navigabilité et leurs pilotes d'un brevet valable pour l'appareil utilisé. Pour l'assuré pilote, la garantie lui est acquise moyennant paiement d'une surprime professionnelle.

Sont toutefois exclus : les compétitions, les records ou tentatives de records, les démonstrations acrobatiques, les vols d'apprentissage ou sur prototypes, les descentes en parachutes que n'exigerait pas la situation critique de l'appareil.

4) La guerre étrangère

En cas de guerre étrangère, la garantie de la présente convention n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances vie en temps de guerre après la cessation des hostilités.

5) La guerre civile

En cas de guerre civile, la garantie de la présente convention n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances vie en temps de guerre après la cessation des hostilités.

Dans le cas où le risque décès n'est pas couvert, la Compagnie paie le montant de la provision mathématique (art. 67 du Code).

6) L'invalidité absolue et définitive résultant

- du fait intentionnel de l'Assuré ou du (des) Bénéficiaire(s) ;
- de l'état d'ivresse, de l'usage de drogue, de stupéfiants ou produits toxiques non prescrits médicalement ;
- des faits de guerres civiles ou étrangères, d'opérations militaires que l'Assuré ait participé ou non, d'insurrections, d'émeutes ou de mouvements populaires, de rixes sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- des conséquences accidentelles ou pathologiques provoquées par la désintégration du noyau atomique ou par des rayonnements ionisants ;
- de la pratique de parachutisme, deltaplane, ULM (Ultra Léger Motorisé), alpinisme, sports exercés à titre "professionnel" ;
- des vols à titre de pilote, de membre de l'équipage ou de passager à bord d'appareils qui ne sont pas administrativement en règle.

Les conséquences des blessures, lésions ou affections portées sur la proposition de souscription du contrat dont le fait générateur est antérieur à la prise d'effet du contrat sont exclues tant pour l'exercice de la garantie invalidité absolue et définitive que pour la garantie décès.

ARTICLE 8 : Limites territoriales

Notre garantie s'étend au monde entier mais votre état d'invalidité absolue et définitive doit être constaté au Bénin.

ARTICLE 9 : Calcul de l'âge

L'âge de chaque assuré est égal à la différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

ARTICLE 10: Base de garantie - déclaration

Le capital garanti pour chaque assuré est celui indiqué sur son bulletin d'adhésion.

ARTICLE 11 : Cessation des garanties – échéance

Tout assuré cesse d'être garanti le dernier jour de la période d'assurance ayant donné lieu au paiement d'une prime, et au plus tard le dernier jour de l'année au cours de laquelle il atteint son soixante cinquième anniversaire.

ATLANTIQUE ASSURANCES BENIN VIE., l'Assureur-vie qui rassure.

En cas de dénonciation du contrat, la garantie est maintenue pour tous les assurés au plus tard jusqu'au dernier jour de l'année au cours de laquelle la lettre de dénonciation a été envoyée par l'une des parties contractante à condition que les primes aient été payées jusqu'à cette date.

En dehors des cas prévus ci-dessus, l'assureur peut mettre fin à la garantie du présent contrat dans les conditions prévues en cas de non paiement des primes.

ARTICLE 12 : Pièces à fournir

La Compagnie mettra à la disposition du Contractant les formulaires d'adhésion à l'assurance Prévoyance Familiale.

Le Contractant doit transmettre à la compagnie, au fur et à mesure des demandes de garanties, les bulletins d'adhésion des nouveaux membres à assurer. Il doit également faire connaître à la Compagnie, toute modification connue de lui, susceptible de transformer les garanties accordées.

ARTICLE 13 : Paiement des primes

Le Contractant s'engage à verser à la Compagnie une prime globale égale à la somme des primes annuelles individuelles dues par chacun des assurés (primes calculées comme il est dit aux Conditions Particulières, plus surprimes médicales ou professionnelles éventuelles).

ARTICLE 14 : Défaut de paiement des primes

Lorsqu'une prime ou fraction de prime n'est pas payée dans les dix (10) jours de son échéance, la Compagnie adresse au Contractant une lettre recommandée à son dernier domicile connu d'elle, par laquelle elle l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraîne la résiliation du contrat.

L'envoi de la lettre recommandée par la Compagnie rend la prime portable dans tous les cas.

La résiliation met fin à toutes les garanties du contrat et les primes payées restent acquises à l'Assureur.

ARTICLE 15 : Bénéficiaires - incessibilité

Les sommes assurées seront versées au Contractant pour le compte du (des) bénéficiaire(s) désigné(s) sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 16 : Paiement des prestations

Le décès de l'Assuré doit être notifié à la Compagnie par le Contractant dans les plus brefs délais possibles. Le paiement des sommes est effectué dans les trente (30) jours de la remise des pièces justificatives nécessaires au règlement, lesquelles comprennent notamment :

a) En cas de décès

- l'original du bulletin d'adhésion,
- le certificat de genre de mort délivré par le médecin qui a constaté le décès,
- l'acte de décès,
- et tout document jugé nécessaire par la Compagnie.

b) En cas d'Invalidité Absolue et Définitive

En cas d'invalidité absolue et définitive pour maladie ou accident survenant avant le terme du contrat, la Compagnie paiera le capital prévu au contrat au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ; ce paiement mettra fin à toute autre garantie prévue au présent contrat.

L'assuré devra remettre à la Compagnie les pièces suivantes :

- l'original du bulletin d'adhésion,
- l'acte de naissance ou la pièce d'état civil de l'assuré,
- un rapport médical constatant le genre de maladie ou d'accident dont l'assuré a été victime,

ATLANTIQUE ASSURANCES BENIN VIE., l'Assureur-vie qui rassure.

- l'avis de paiement de la prime,
- et tout document jugé nécessaire par la Compagnie.

La Compagnie se réserve le droit d'entreprendre toute requête et de soumettre l'Assuré à toute expertise médicale qu'elle juge utile pour apprécier l'invalidité définitive au travail.

En cas de désaccord entre le médecin du Souscripteur et celui de la Compagnie sur le caractère de l'invalidité, les parties intéressées choisiront un troisième (3e) médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix est fait à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du Souscripteur.

Chaque partie supportera les honoraires du médecin désigné par elle. Les honoraires du troisième médecin, ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination et à l'accomplissement de sa mission, seront supportés par moitié par chacune des parties.

ARTICLE 17 : Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Cette prescription est portée à cinq ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de vous.

Toutefois, l'interruption de la prescription de l'action peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception que nous vous adressons en ce qui concerne le paiement de la prime, ou que vous nous adressez en ce qui concerne le règlement de la prestation garantie.

ARTICLE 18 : Arbitrage

Le présent contrat étant fait de bonne foi, en cas de litige, vous et nous déclarons nous rapporter à la sentence rendue par deux arbitres choisis par chacun d'entre nous. En cas de désaccord, ces deux arbitres s'en adjoindront un troisième pour les départager. A défaut d'entente sur cette désignation, le choix sera fait, sur simple requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile.

L'avis pris à la majorité de cette commission arbitrale sera obligatoire pour les parties et sans appel. Chacune de nous supportera les honoraires de son arbitre, et par moitié ceux du tiers arbitre ainsi que les frais d'arbitrage.