



CNIA SAADA



Royaume du Maroc

CHAMBRE DES CONSEILLERS

CHAMBRE DES CONSEILLERS

Contrat Soins Complémentaires

POLICE N° 0992 672

Intermédiaire : ASSURANCES AL FAHD Code : 20 204
Adresse : 40, Zankat Abdelmoumen - RABAT.

Le présent contrat a été conclu entre les soussignés :

LA CHAMBRE DES CONSEILLERS
sise à Avenue Mohamed V - RABAT

Ci-après dénommé : LE SOUSCRIPTEUR

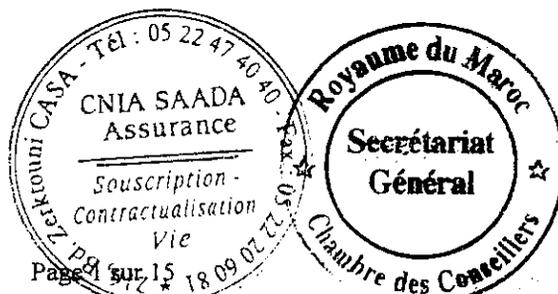
d'une part,
et

CNIA SAADA ASSURANCE
dont le siège social est sis au :
216, Bd Zerktouni - CASABLANCA

Ci-après dénommé : L'ASSUREUR

d'autre part.

Il a été convenu ce qui suit :



(Handwritten mark)



SOMMAIRE

CONDITIONS GENERALES..... 3

ARTICLE 1 : BASES JURIDIQUES..... 3

ARTICLE 2 : DEFINITIONS 3

ARTICLE 3 : OBJET DU CONTRAT..... 4

ARTICLE 4 : BULLETIN D'ADHESION 4

ARTICLE 5 : CESSATION DES GARANTIES 4

ARTICLE 6 : CONSEQUENCES DE LA CESSATION DE GARANTIE 5

ARTICLE 7 : LIBRE CHOIX DE L'ASSURE 5

ARTICLE 8 : OBLIGATIONS DE L'ADHERENT EN CAS DE SINISTRE 5

ARTICLE 9 : CONTROLE MEDICAL 6

ARTICLE 10 : PIECES A FOURNIR PAR L'ADHERENT 6

ARTICLE 11 : DECLARATION DE SINISTRES 6

ARTICLE 12 : CORRESPONDANCE ENTRE LES ADHERENTS ET L'ASSUREUR..... 7

ARTICLE 13 : PAIEMENT DES SINISTRES..... 7

ARTICLE 14 : ACCORD PREALABLE 7

ARTICLE 15 : ETENDUE TERRITORIALE..... 7

ARTICLE 16 : LIMITE DE L'ETENDUE TERRITORIALE 7

ARTICLE 17 : RISQUES EXCLUS..... 7

ARTICLE 18 : PRIMES D'ASSURANCE..... 8

ARTICLE 19 : OBLIGATION DU SOUSCRIPTEUR..... 9

ARTICLE 20 : DEFAUT DE DECLARATION DU SOUSCRIPTEUR 9

ARTICLE 21 : DEFAUT DE PAIEMENT DES PRIMES 9

ARTICLE 22 : DATE D'EFFET - DUREE - RENOUVELLEMENT - PREAVIS DE RESILIATION 10

ARTICLE 23 : ARBITRAGE 10

ARTICLE 24 : PRESCRIPTION 10

ARTICLE 25 : RETRAIT D'AGREMENT 10

ARTICLE 26 : SUBROGATION..... 10

CONDITIONS PARTICULIERES..... 11

ARTICLE 1 : SOUSCRIPTEUR..... 11

ARTICLE 2 : CATEGORIE BENEFICIAIRE 11

ARTICLE 3 : DATE D'EFFET 11

ARTICLE 4 : AGE LIMITE DE GARANTIE 11

ARTICLE 5 : MONTANT DES PRIMES - MODE DE PAIEMENT 11

ARTICLE 6 : CONDITIONS D'ADMISSION DES ASSURES A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT..... 12

ARTICLE 7 : CONDITIONS D'ADMISSION DES NOUVEAUX ASSURES (NOUVELLES EMBAUCHES)..... 12

ARTICLE 8 : PRESTATIONS GARANTIES 13

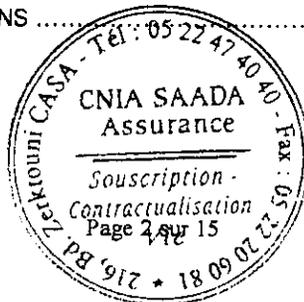
ARTICLE 9 : LIMITE DE LA GARANTIE 14

ARTICLE 10 : FRANCHISE PAR EVENEMENT 14

ARTICLE 11 : TAUX DE REMBOURSEMENT 14

ARTICLE 12 : DUREE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT 14

ARTICLE 13 : AUTRES DISPOSITIONS 14



(Handwritten mark)



CONDITIONS GENERALES

Article 1 : Bases juridiques

Le présent contrat est régi par la loi n° 17-99 portant Code des Assurances et par ses textes d'application.

Les déclarations du Souscripteur et des Adhérents servent de base au contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf l'effet des dispositions prévues par les articles 30, 31 et 94 de la loi n° 17 – 99 portant Code des Assurances.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'Adhérent, celui-ci ne peut être éliminé de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie de l'effectif assurable du groupe et à condition que la prime ait été encaissée.

Les droits découlant du présent contrat sont **incessibles et insaisissables**.

Article 2 : Définitions

Pour l'interprétation et l'application du présent contrat, on entend par :

Adhérents : Toutes les personnes auxquelles l'Assureur a délivré un certificat d'admission pour le bénéfice de l'assurance et qui figurent sur les états nominatifs remis par le Souscripteur.

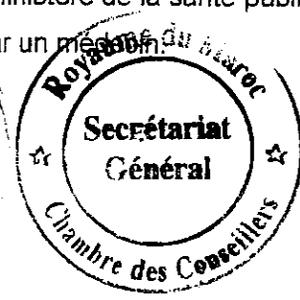
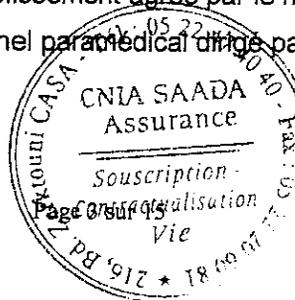
Personnes à charge : Les personnes de la famille à la charge de l'Adhérent comprennent :

- Le conjoint de l'Adhérent tant qu'il n'a pas atteint l'âge limite fixé aux Conditions Particulières ;
- Les enfants à la charge de l'Adhérent âgés de moins de 21 ans ou 25 ans s'ils poursuivent leurs études.
- Les enfants handicapés sans limite d'âge tant qu'ils sont à la charge de l'Adhérent.

Maladie : L'altération de la santé constatée par un médecin.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Hospitalisation : Un séjour dans un établissement agréé par le ministère de la santé publique, sous la surveillance permanente d'un personnel paramédical dirigé par un médecin.



Article 3 : Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de garantir le remboursement, à titre complémentaire, des frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisations et de transport sanitaire engagés par l'Adhérent lui-même et/ou par les personnes de sa famille à charge, suite à une maladie ou à un accident, dans les conditions définies aux Conditions Particulières, et à hauteur des plafonds de prestations reprises aux dites Conditions.

L'Assureur intervient dans chaque événement au-delà de la franchise, telle que définie aux Conditions Particulières.

Article 4 : Bulletin d'adhésion

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, toute personne respectant les limites d'âges fixées aux Conditions Particulières et qui fait partie d'une catégorie bénéficiaire du Souscripteur, doit dûment renseigner, un bulletin d'adhésion fourni par l'Assureur et cacheté par le Souscripteur. Le bulletin individuel d'adhésion fait partie intégrante de la présente assurance de groupe. C'est le document par lequel l'Adhérent donne son consentement par écrit pour la prise d'effet de la garantie, conformément à l'article 68 de la loi 17-99 portant code des assurances. Il comporte éventuellement des clauses spéciales concernant l'Adhérent lui-même, et qui ne peuvent avoir d'effet à l'encontre des autres Assurés.

Sur la foi des déclarations faites par l'Adhérent sur son bulletin d'adhésion et si les renseignements portés sur celui-ci ou demandés en complément sont jugés satisfaisants, l'Assureur délivre à l'Adhérent un certificat d'admission indiquant le nom et prénoms des personnes auxquelles s'applique la garantie, la date d'entrée en vigueur de cette garantie, et, le cas échéant, les exclusions temporaires ou définitives.

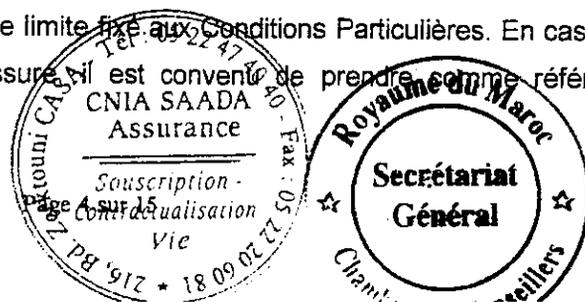
Ce certificat porte un numéro d'adhésion qui devra être reproduit dans toute communication concernant l'Adhérent et les personnes à sa charge.

L'Assureur fonde ses engagements sur la foi des déclarations écrites de l'Adhérent, présumées exactes et sincères. En conséquence, toute omission volontaire, dissimulation, indication fausse ou incomplète de l'Adhérent est passible des sanctions prévues par les lois en vigueur et notamment par les articles 30 et 31 de la loi n°17-99 portant Code des Assurances.

Article 5 : Cessation des garanties

Les garanties du présent contrat cessent dans les conditions suivantes :

- A la date à laquelle la relation qui lie l'Adhérent au Souscripteur est rompue ;
- A la date où l'Adhérent atteint l'âge limite fixé aux Conditions Particulières. En cas de date de naissance présumée d'un Assuré, il est convenu de prendre comme référence le 30 Juin de l'année de naissance ;



✓



- A la date de résiliation du contrat par l'une des parties ou de plein droit ;
- Pour tout Adhérent qui ne figure pas sur les déclarations de salaires trimestrielles fournies par le Souscripteur ;
- Pour tout Adhérent dont la prime n'a pas été payée ;
- Pour tout Assuré ayant commis une fraude.

Les garanties cessent pour les personnes à charge à la date de cessation de celle de l'Adhérent.

Article 6 : Conséquences de la cessation de garantie

En cas de cessation de la garantie, l'Assureur est déchargée de toute obligation légale ou contractuelle pour les frais engagés postérieurement à la date de cette cessation, même s'ils résultent de maladie, infirmités ou accidents constatés ou existants avant ladite date.

Article 7 : Libre choix de l'Assuré

L'Assuré a la faculté de s'adresser aux médecins diplômés, chirurgiens, auxiliaires médicaux, ou établissements hospitaliers de son choix.

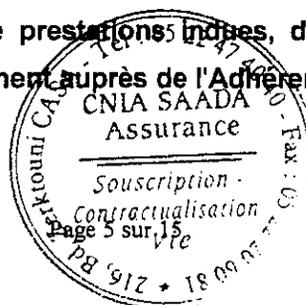
Toutefois, l'Assureur ne remboursera que les honoraires de médecins, chirurgiens ou auxiliaires médicaux admis légalement à exercer, de même que les produits pharmaceutiques doivent être délivrés par un pharmacien diplômé ou une personne autorisée légalement à faire commerce de pharmacie.

Article 8 : Obligations de l'Adhérent en cas de sinistre

En cas de maladie ou d'accident ouvrant droit à remboursement, l'Adhérent est tenu d'adresser à l'Assureur, par l'intermédiaire du Souscripteur, une déclaration dûment renseignée sur l'imprimé fourni par l'Assureur et comportant :

- Son numéro d'inscription figurant sur le certificat d'admission ;
- Ses noms, prénoms et adresse ;
- Les noms, prénoms et date de naissance de la personne soignée ;
- La situation de la personne soignée par rapport à tout autre régime de prévoyance ;
- Le lien de la parenté de la personne soignée par rapport à l'adhérent ;
- Le lien de parenté de la personne soignée par rapport à l'Adhérent ;
- La nature de la maladie ou les circonstances, causes et effets de l'accident ;
- Le cachet avec les noms et adresses du ou des différents prestataires de soins.

La production de renseignements ou de documents intentionnellement faux annule la garantie et entraîne l'exclusion de l'Adhérent du contrat. L'Assureur se réserve la possibilité, en cas de règlement de prestations dues, d'en récupérer le montant, soit auprès du Souscripteur, soit directement auprès de l'Adhérent par toute voie légale.



Q

Article 9 : Contrôle médical

L'Assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré par l'intermédiaire du Souscripteur, tous les renseignements qu'il estime nécessaire et de procéder à toute enquête qu'il jugera utile, notamment :

- De soumettre à l'examen de ses médecins-conseils, les ordonnances et les factures remises par les Assurés aux fins de remboursement ;
- De rendre visite aux malades à l'hôpital ou à la clinique pour s'assurer de leur identité et de leur état ;
- De soumettre l'Assuré à tout contrôle médical auprès de ses médecins-conseils et à ses frais. L'Assuré peut exiger que son médecin traitant assiste à ce contrôle.

En cas de demande par l'Assureur de contrôle médical auprès de ses médecins-conseils, l'Assuré dispose d'un délai de 40 jours calendaires à partir de la date d'envoi par l'Assureur de la demande de contrôle médical, pour effectuer ce contrôle auprès du médecin-conseil désigné par l'Assureur. La date et le cachet du médecin-conseil faisant foi.

Durant le délai susmentionné et jusqu'à réception des résultats du contrôle médical, les remboursements des dossiers maladie se rapportant à la pathologie, objet du contrôle médical, seront suspendus pour la personne soignée.

Si à l'expiration du délai de 40 jours, le contrôle médical n'est pas satisfaisant ou non effectué par la personne soignée, l'Assureur procédera au rejet de tous les dossiers déposés et à la suspension de la garantie pour toute l'adhésion (Adhérent et personnes à charge).

Article 10 : Pièces à fournir par l'Adhérent

Pour obtenir le remboursement, l'Adhérent doit remettre à l'Assureur les originaux des notes d'honoraires, des factures et des ordonnances acquittées et datées mentionnant le nom et prénom de la personne soignée.

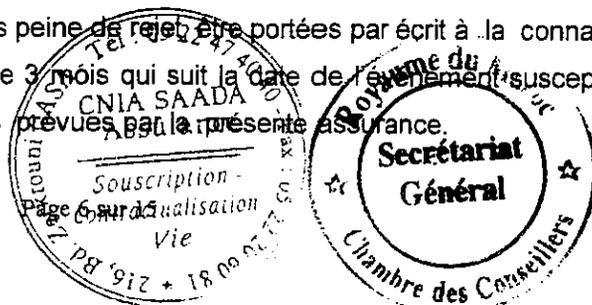
Les notes doivent indiquer en outre, la nature de la maladie, les dates de visites ou des soins. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments et doivent être accompagnées des prospectus et des vignettes (P.P.M).

Si la personne soignée bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'Adhérent devra remettre l'original de la quittance de règlement relative audit régime, ainsi qu'une copie du dossier.

Toutes notes d'honoraires, ordonnances, certificats remis à l'occasion d'un sinistre ne peuvent en aucun cas être réclamés par l'Adhérent.

Article 11 : Déclaration de sinistres

Les déclarations de sinistres doivent, sous peine de rejet, être portées par écrit à la connaissance de l'Assureur dans un délai maximum de 3 mois qui suit la date de l'événement susceptible de donner lieu au paiement des prestations prévues par la présente assurance.



Toute réclamation susceptible de donner lieu au paiement des prestations prévues par cette garantie n'est recevable que si elle est appuyée par toutes les pièces justificatives originales y afférentes, dûment acquittées.

Article 12 : Correspondance entre les Adhérents et l'Assureur

Les correspondances, déclarations de sinistres, remises de documents ou de pièces qui incombent à l'Adhérent en application des dispositions du présent contrat sont transmises obligatoirement par le biais du Souscripteur.

De même, l'Assureur adresse au Souscripteur toute sa correspondance et tous les règlements qu'il effectue, à charge pour ce dernier de les transmettre aux Adhérents.

L'Assureur a cependant, la faculté de demander directement à l'Adhérent, les renseignements complémentaires prévus aux articles 8 et 10 des Conditions Générales du présent contrat.

Article 13 : Paiement des sinistres

Sous réserve des dispositions des articles 20 et 21 des Conditions Générales du présent contrat, les sommes dues par l'Assureur sont payées au plus tard dans les vingt jours ouvrables qui suivent la remise des pièces justificatives, complétant le dossier. Les remboursements sont effectués à raison des taux et limites indiqués aux Conditions Particulières.

Article 14 : Accord préalable

Toute hospitalisation qui pourrait se prolonger au-delà de 15 jours doit être soumise à l'accord préalable de l'Assureur.

Article 15 : Etendue territoriale

La garantie de l'Assureur est acquise à l'Adhérent dans le monde entier et les remboursements sont effectués en dirhams et au Maroc.

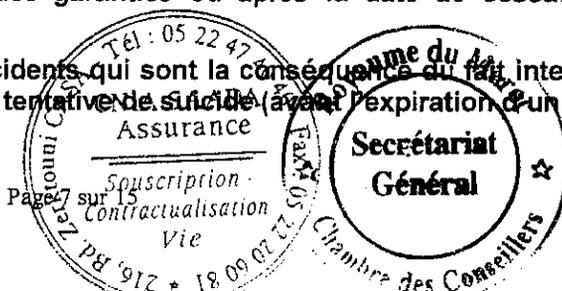
Article 16 : Limite de l'étendue territoriale

Le présent contrat a pour objet de garantir les Assurés résidants au Maroc pendant tout déplacement ne dépassant pas 30 jours pendant l'année d'assurance, en Europe et dans les autres pays du Maghreb. Pour les déplacements de plus longue durée ou pour des séjours dans d'autres pays, la garantie peut être accordée sur demande du Souscripteur.

Article 17 : Risques exclus

Sont exclus de la présente garantie, les frais engagés :

- Avant la date de prise d'effet des garanties ou après la date de cessation des garanties ;
- Consécutifs aux maladies ou accidents, qui sont la conséquence du fait intentionnel de l'Assuré ou qui résultent de la tentative de suicide (avant l'expiration d'un délai de



(Handwritten mark)



- deux ans à partir de la date d'adhésion) ou de la mutilation intentionnelle, que celui-ci ait eu ou non conscience de ses actes ;
- Consécutifs à des maladies ou infirmités contractées antérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion ;
 - Résultant de la consommation de boissons alcoolisées ou d'absorption de produits non prescrits médicalement ;
 - Consécutifs aux maladies ou accidents survenus pendant le Service Militaire ou pendant des périodes militaires ;
 - Résultant de la guerre civile ou étrangère, actes d'hostilité, insurrection, révolution, rébellion, cataclysmes naturels tels que tremblements de terre, inondations ;
 - Résultant de la participation active de l'Assuré à des émeutes, mouvements populaires, grèves, actes de terrorisme, attentats, sabotages ;
 - Résultant de la participation active à un duel, à une rixe sauf cas de légitime défense ;
 - Résultant de la participation de l'Assuré à des compétitions, paris ou à leurs essais, même à titre d'amateur ;
 - Résultant de tout sport pratiqué à titre professionnel ou réputé dangereux ;
 - Consécutifs aux accidents d'aviation, sauf si l'Assuré emprunte comme passager une ligne commerciale régulière ou s'il se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être la personne assurée elle-même ;
 - Consécutifs aux maladies ou accidents couverts par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
 - Dus à la désintégration du noyau atomique ou de rayonnement ionisant ;
 - Les bilans de santé ;
 - La chirurgie esthétique (y compris la chirurgie ophtalmique) sauf en cas d'accident ;
 - La grossesse et l'accouchement ;
 - L'avortement ;
 - La césarienne ;
 - La stérilité ou les contraceptions ;
 - Les anomalies à la naissance, maladies congénitales ou héréditaires, sauf pour les enfants nés en cours d'assurance et déclarés au plus tard, deux mois après la date de naissance ;
 - Prothèses, sauf en cas d'accident ;
 - Maladies mentales ou psychiatriques ;
 - Sida ou similaire, H.I.V sauf sida par transfusion sanguine ;
 - Cure thermale, thalasso thérapie, sanatorium etc... ;
 - Chirurgie dentaire ou buccale ;

Article 18 : Primes d'assurance

Les primes annuelles hors taxes sont fixées aux Conditions Particulières et sont établies en pourcentage des salaires déclarés. Les taxes sont à la charge du Souscripteur et sont payables en





même temps que la prime. Par taxe, Il faut entendre, toutes les taxes présentes ou futures dont la récupération n'est pas interdite.

- 1- Transmettre au Souscripteur au plus tard 10 jours après la fin de chaque trimestre, la liste des Adhérents assurés au cours du trimestre échu, afin que le Souscripteur la complète par les salaires de chaque Adhérent – base de calcul de la prime ;
- 2- Transmettre au Souscripteur un avis d'échéance dans un délai de 15 jours après la réception de la déclaration de salaire du Souscripteur.

Article 19 : Obligation du Souscripteur

Le Souscripteur est tenu de :

- Mettre à la disposition de chaque Adhérent, une notice d'information établie par l'Assureur, qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre conformément aux dispositions de l'article 106 de la loi n° 17-99 portant Code des Assurances ;
- Informer par écrit les Adhérents des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations conformément aux dispositions de l'article 106 de la loi n° 17-99 portant Code des Assurances ;
- Transmettre à l'Assureur, les bulletins d'adhésion des nouveaux membres éligibles au bénéfice du contrat ;
- Transmettre à l'Assureur, au plus tard 30 jours après la fin de chaque trimestre, les déclarations de salaires dûment renseignées sur support papier et sur support électronique ;
- Payer au siège de l'Assureur ou du mandataire désigné par lui, la prime d'assurance, telle que définie dans les Conditions Particulières.

Article 20 : Défaut de déclaration du Souscripteur

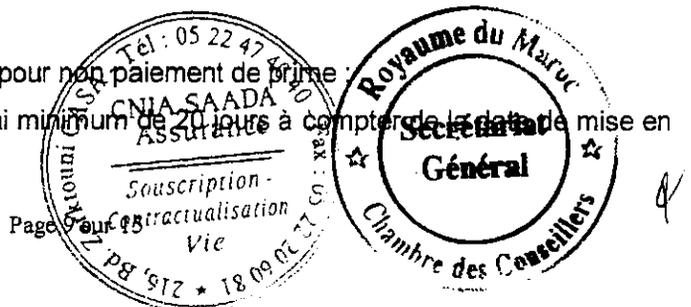
A défaut de remise par le Souscripteur à l'Assureur des déclarations de salaires dans le délai mentionné au paragraphe 4 de l'article 19 ci-dessus, l'Assureur se réserve le droit :

- D'appliquer des intérêts de retard de 1% par jour calendaire de retard ;
- Passé un délai de 20 jours après le délai de remise des déclarations de salaires, de procéder à l'émission de la prime trimestrielle sur la base de la dernière déclaration disponible (réelle ou celle faite à la souscription du contrat), majorée de 20%.

Article 21 : Défaut de paiement des primes

Si une prime n'est pas payée dans les délais fixés aux Conditions Particulières, l'Assureur se réserve le droit de :

- Mettre en demeure le Souscripteur pour non paiement de prime ;
- Suspendre la garantie dans un délai minimum de 20 jours à compter de la date de mise en demeure ;



- Résilier le contrat 10 jours après la date de suspension.

Indépendamment de la date d'échéance du contrat, les primes objet de la mise en demeure, ainsi que les primes et / ou fractions de primes échues postérieurement sont payables au siège de l'Assureur.

Article 22 : Date d'effet - Durée - Renouvellement - Préavis de résiliation

Le présent contrat prend effet dès sa signature par les deux parties et au plus tôt à la date indiquée aux Conditions Particulières. Il expire le **31 Décembre** suivant sa date d'effet et se renouvelle, par tacite reconduction, le **premier Janvier** de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation de l'une des parties exprimée par lettre recommandée au plus tard le **30 Septembre** précédant la date du prochain renouvellement.

Article 23 : Arbitrage

Le présent contrat étant fait de bonne foi, les parties Contractantes s'engagent en cas de difficulté d'interprétation d'application ou d'exécution à s'en rapporter à une sentence arbitrale rendue par trois arbitres. Chacune des parties désignera son arbitre. Le troisième sera désigné par les deux arbitres, à défaut par le Président du tribunal compétent de Casablanca sur requête de la partie diligente.

Les frais de nomination et les honoraires du troisième arbitre seront supportés par moitié par chacune des parties.

La procédure d'arbitrage sera régie par la loi marocaine, le lieu de l'arbitrage sera à Casablanca sauf convention contraire, et le prononcé de la sentence sera en français.

La sentence arbitrale est opposable aux parties.

Article 24 : Prescription

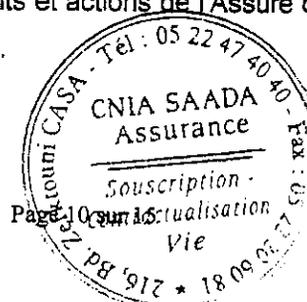
Toute action relative au présent contrat est prescrite par **cinq ans** à compter de la date de survenance de l'événement qui y donne naissance conformément aux dispositions des articles 36, 37 et 38 de la loi n° 17-99 portant Code des Assurances.

Article 25 : Retrait d'agrément

En cas de retrait d'agrément de l'Assureur, le contrat cesse de plein droit d'avoir effet, le vingtième jour à midi à compter de la publication au bulletin officiel de l'acte administratif prononçant le retrait, et ce conformément à l'article 267 de la loi n° 17-99 portant Code des Assurances.

Article 26 : Subrogation

L'Assureur est subrogé, dans tous les droits et actions de l'Assuré contre les tiers responsables, à concurrence des prestations remboursées.





CONDITIONS PARTICULIERES

Article 1 : Souscripteur

LA CHAMBRE DES CONSEILLERS

Article 2 : Catégorie bénéficiaire

- Les **Conseillers en exercice** ;
- Les **Conseillers en retraite** à venir et dont la date de mise à la retraite est postérieure au 01.01.2010 considérés Anciens Parlementaires ;
- Les **Anciens Conseillers** bénéficiant de cette garantie jusqu'au 31 décembre 2009 dans le cadre du contrat portant N° de police **0 990 528** ;

Article 3 : Date d'effet

1^{er} Janvier 2010

Article 4 : Age limite de garantie

La garantie du présent contrat est accordée jusqu'à l'âge de 69 ans révolus.

Article 5 : Montant des primes - Mode de paiement

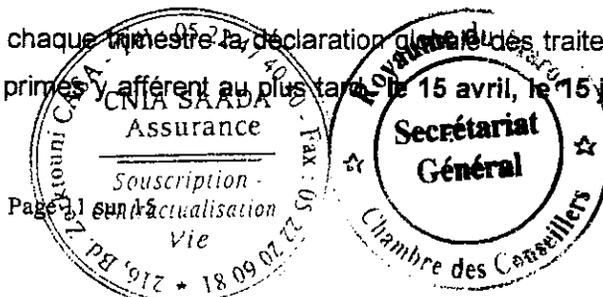
Pour les Conseillers en exercice :

Les primes sont calculées en pourcentage des salaires déclarés par le souscripteur. Elles sont payables trimestriellement par le Souscripteur, au plus tard **15 jours après la fin de chaque trimestre**.

Le taux de prime est fixé à **0,50%** des salaires (taxe sur contrats d'assurance comprise).

Ce taux pourrait être révisé au 01.01.2013 dans le cas où les résultats statistiques venaient à être déficitaires. La Chambre des Conseillers s'engage à accepter le nouveau taux qui sera arrêté d'un commun accord entre les parties.

Le souscripteur communiquera à la fin de chaque trimestre la déclaration de ses traitements ou salaires et effectuera le règlement des primes y afférent au plus tard le **15 avril, le 15 juillet, le 15 octobre et le 15 janvier**.



Pour les Anciens Conseillers :

Les primes sont calculées en pourcentage des pensions déclarées par la caisse de retraite CNRA. Le taux de prime est fixé à **0,50%** des pensions (taxe sur contrats d'assurance comprise).

Ce taux pourrait être révisé au 01.01.2013 dans le cas où les résultats statistiques venaient à être déficitaires. La Chambre des Conseillers s'engage à accepter le nouveau taux qui sera arrêté d'un commun accord entre les parties.

Le souscripteur mandate la caisse de retraite CNRA pour communiquer directement à l'assureur, à **la fin de chaque mois**, la déclaration des pensions par adhérent et effectuer le règlement des primes y afférent au plus tard **15 jours après la fin de chaque mois**.

Article 6 : Conditions d'admission des Assurés à la date d'effet du contrat

Les membres d'une des catégories bénéficiaires du Souscripteur à la date d'effet du présent contrat, ainsi que les personnes de leur famille à charge peuvent être admis au bénéfice de l'assurance, à partir de la date de souscription du contrat, **sans aucune formalité médicale**, à condition que les bulletins d'adhésion dûment renseignés par les Adhérents et cachetés par le Souscripteur soient réceptionnés, chez l'Assureur, au plus tard **deux mois** après ladite date.

Passé ce délai, la garantie prend effet pour l'Adhérent et les personnes de sa famille à charge, le 1er jour du mois suivant la date de réception, chez l'Assureur, du bulletin d'adhésion dûment renseigné.

Après réception du bulletin individuel d'adhésion, l'Assureur se réserve, dans tous les cas, le droit de refuser les risques qui ne lui paraîtraient pas satisfaisants ou de ne les accepter qu'avec certaines restrictions.

Article 7 : Conditions d'admission des nouveaux Assurés (Nouvelles embauches)

Les personnes qui deviennent membres d'une des catégories bénéficiaires du Souscripteur postérieurement à la date d'effet du contrat peuvent être admises avec les personnes de leur famille à charge, à partir de la date à laquelle elles deviennent membres de la catégorie bénéficiaire du Souscripteur, à condition que les bulletins d'adhésion dûment renseignés soient réceptionnés, chez l'Assureur, au plus tard **deux mois** après ladite date. Passé ce délai, la garantie prend effet pour l'Adhérent et les personnes de sa famille à charge, le 1er jour du mois suivant la date de réception, chez l'Assureur, du bulletin d'adhésion dûment renseigné.

Après réception du bulletin individuel d'adhésion, l'Assureur se réserve, dans tous les cas, le droit de refuser les risques qui ne lui paraîtraient pas satisfaisants ou de ne les accepter qu'avec certaines restrictions.



En cas de mariage ou de naissance d'un enfant en cours d'assurance, la garantie prend effet à partir de la date de mariage ou de naissance, à condition que le bulletin d'adhésion accompagné d'une copie de l'acte de mariage ou d'un extrait d'acte de naissance parvienne à l'Assureur dans :

- les trois mois qui suivent la date de mariage ;
- les deux mois qui suivent la date de naissance.

Passé ces délais, l'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception chez l'Assureur de la demande d'adhésion dûment renseignée par le demandeur et cachetée par le Souscripteur.

Pour les personnes à charge, malades ou infirmes, qui ne peuvent être admises au moment de l'adhésion de l'Adhérent, ce dernier peut envoyer ultérieurement à l'Assureur, une attestation médicale constatant leur guérison.

N'ouvrent pas droit au remboursement, les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur ou résultant de maladies ou infirmités antérieures à cette date.

Mais la garantie joue pour les frais consécutifs aux suites ou rechutes de maladies ou infirmités antérieures à la date d'entrée en vigueur et guéries au moment de l'adhésion, à la condition que ces maladies ou infirmités aient été déclarées sur le bulletin d'adhésion.

Article 8 : Prestations garanties

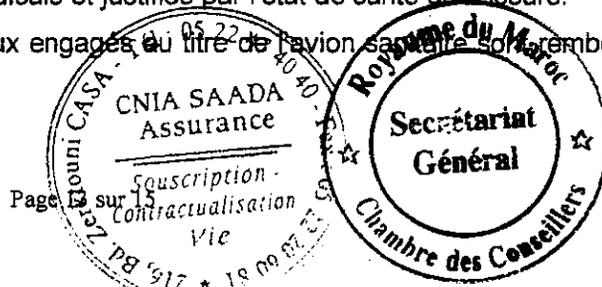
L'Assureur couvre, dans les limites prévues aux articles 10, 11 et 12 des Conditions Particulières du présent contrat, le remboursement des frais engagés au titre des :

- Soins médicaux y compris les frais pharmaceutiques ;
- Soins d'auxiliaires médicaux ;
- Frais de laboratoire ;
- Frais de radiologie ;
- Frais de séjour de l'Assuré dans un centre hospitalier au Maroc ou à l'étranger ;
- Honoraires du chirurgien et du médecin traitant ;
- Frais de bloc opératoire et d'anesthésie ;
- Soins post-opératoires y compris les frais de rééducation fonctionnelle ;
- Frais d'appareillage.

L'Assureur prend en charge 100% des frais de transport y compris ceux du transport aérien de l'Assuré pour l'étranger en tant que passager normal sur les lignes régulières ou par avion sanitaire spécial. Dans ce dernier cas, l'accord préalable du conseil médical de l'Assureur est requis.

La garantie de l'Assureur est étendue à la prise en charge des frais de transport d'un accompagnateur désigné sur décision médicale et justifiée par l'état de santé de l'Assuré.

Les frais de transport à l'exception de ceux engagés au titre de l'avion sanitaire sont remboursés au tarif économique.





CNIA SAADA

POLICE N° : 0995 250
SOUSCRIPTEUR : LA CHAMBRE DES CONSEILLERS

AGENT : ASS. AL FAHD
CODE : 20 204

AVENANT DE PRECISION ET DE MODIFICATION

D'un commun accord entre les parties soussignées, il est précisé ce qui suit :

Par dérogation aux dispositions de l'article 11 des Conditions Particulières, l'alinéa 2 relatif au remboursement des prestations médicales et chirurgicales réalisées à l'étranger est modifié comme suit

- Les frais des hospitalisations médicales ou chirurgicales programmées ne sont pris en charge qu'après accord préalable de la Compagnie.
- Les frais des hospitalisations médicales ou chirurgicales engagés suite à un accident de santé survenu lors d'un déplacement professionnel à l'étranger, sont remboursés sur la base des frais engagés par application du taux de remboursement et limites prévues par la police.

- Montant des primes :

La présente extension est accordée moyennant une surprime de **0,30%**.
Par conséquent, les taux de prime sont fixés à :

- Pour les Conseillers en exercice :

- **3,80%** des salaires (taxe sur contrats d'assurance comprise).

- Pour les Anciens Conseillers :

- **3,80%** des pensions (taxe sur contrats d'assurance comprise).

- Renouvellement du contrat

Par dérogation aux dispositions de l'article 10 des Conditions Particulières, il est précisé que le présent contrat est géré jusqu'au **31 Décembre 2010** par le biais du Cabinet **ASSURANCES AL FAHD**.

A compter du **1^{er} Janvier 2011**, la gestion sera transférée au **Bureau Direct** de la Compagnie.

Il n'est rien changé aux autres clauses et conditions de la police à laquelle, le présent avenant est annexé pour avoir la même force que s'il en faisait partie intégrante.

L'avenant doit être retourné signé par le Souscripteur dans un délai de vingt jours à compter de sa date d'émission.

Fait à Casablanca, le 13 Juillet 2010

POUR PRENDRE EFFET, LE 1^{er} JANVIER 2010

LA CHAMBRE DES CONSEILLERS
 Mohammed Fawzi **BENALLAL**
 -1- Vice-Président
 de la Chambre des Conseillers

