

Police d'assurance

Le présent contrat est régi par la loi n° 17-99 portant code des assurances et par ses textes d'application ainsi que par les conditions générales et particulières qui suivent.

Pour toute communication à la compagnie, prière de rappeler le numéro de la présente police indiqué aux conditions particulières .

Contrat Maladie – Maternité

POLICE N° 0903 067

Intermédiaire : TRT BROKER ASSURANCE

CODE : 12 304

**Adresse de l'intermédiaire : N°33 IMM SEMIRAMI, ANGLE RUES FAKER MOHAMED
ET KAMAL MOHAMED, CASABLANCA 23000**

Le présent contrat a été conclu entre les soussignés :

PREFERENCE TRANS MAROC

dont le siège social est sis au :

8, RUE RAHAL NICHAKRA (EX. TOUR), 2EME ETG., N°4 -20200 - CASABLANCA

Ci-après dénommé : LE SOUSCRIPTEUR

d'une part,
et

SANLAM

dont le siège social est sis au :

216, BD ZERKTOUNI - CASABLANCA

Ci-après dénommée : L'ASSUREUR

d'autre part.

Il a été convenu ce qui suit :

[Assurance Non-Vie](#) | [Assurance Vie](#)

Sanlam Maroc
216, Boulevard Zerktouni | 20 000
Casablanca, Maroc

Sanlam Maroc - société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances.
RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 - Taxe professionnelle : 355.11.249 - IF : 01084025
ICE : 000230054000034

1

T +212 522 42 06 06
F +212 522 20 60 81

sanlam.ma



SOMMAIRE

CONDITIONS GENERALES	3
Article 1 : Bases juridiques	3
Article 2 : Définitions.....	3
Article 3 : Objet du contrat.....	3
Article 4 : Bulletin d'adhésion	4
Article 5 : Cessation des garanties	4
Article 6 : Conséquences de la cessation de garantie	5
Article 7 : Libre choix de l'Assuré.....	5
Article 8 : Obligations de l'Adhérent en cas de sinistre	5
Article 9 : Contrôle médical.....	6
Article 10 : Pièces à fournir par l'Adhérent.....	6
Article 11 : Délai de remise des pièces.....	7
Article 12 : Correspondance entre les Adhérents et l'Assureur.....	7
Article 13 : Paiement des sinistres.....	7
Article 14 : Etendue territoriale	7
Article 15 : Risques exclus	8
Article 16 : Primes d'assurance	9
Article 17 : Obligation du Souscripteur	9
Article 18 : Défaut de déclaration du Souscripteur.....	10
Article 19 : Défaut de paiement des primes	10
Article 20 : Date d'effet - Durée - Renouvellement - Préavis de résiliation	10
Article 21 : Arbitrage.....	10
Article 22 : Prescription	11
Article 23 : Retrait d'agrément.....	11
Article 24 : Subrogation.....	11
CONDITIONS PARTICULIERES	12
Article 1 : Souscripteur	12
Article 2 : Catégorie bénéficiaire.....	12
Article 3 : Date d'effet.....	12
Article 4 : Age limite de garantie.....	12
Article 5 : Age limite d'admission	12
Article 6 : Montant des primes - Mode de paiement.....	12
Article 7 : Conditions d'admission des Assurés à la date d'effet du contrat.....	12
Article 8 : Conditions d'admission des nouveaux Assurés (Nouvelles embauches)	13
Article 9 : Prestations – Taux de remboursement – Plafond général	13
Article 10 : Abrogation.....	14
Article 11 : Protection des données personnelles	14
Article 12 : Clause réclamation.....	14
Article 13 : Dispositions diverses.....	15
ANNEXE : TABLEAU DES PRESTATIONS	16



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.

Article 3 : Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de garantir le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisations médicales ou chirurgicales engagés par l'Adhérent lui-même et/ou par les personnes de sa famille à charge, dans les conditions définies aux Conditions Particulières, et à hauteur des plafonds de prestations reprises aux dites Conditions.

Il est toutefois précisé que les prestations garanties par le présent contrat viendront, s'il y a lieu, en complément des indemnités ou prestations de même nature, qui pourront être versées à l'Adhérent ou les personnes à sa charge par un régime de prévoyance public ou privé sans que l'Adhérent puisse recevoir au total, un montant supérieur aux frais engagés.



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. 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 fautive 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 déchargé 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 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 indues, d'en récupérer le montant, soit auprès du Souscripteur, soit directement auprès de l'Adhérent par toute voie légale.

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.V).

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 : Délai de remise des pièces

Toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'Assureur trois mois au plus tard après la date de l'ordonnance prescrivant les soins. Si, les soins durent plus de trois mois, l'Adhérent est tenu d'adresser à l'Assureur, une facture partielle à la fin de chaque période de trois mois.

Si pour des raisons indépendantes de sa volonté, l'Adhérent n'est pas en possession d'une note d'honoraires ou de frais dans le délai prescrit, il est tenu d'en indiquer les raisons à l'Assureur en vue d'obtenir une prolongation de ce délai.

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 18 et 19 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 date de remise des pièces justificatives, complétant le dossier. Les remboursements sont effectués à raison des taux et limites indiqués aux Conditions Particulières.

Article 14 : Etendue territoriale

L'assurance est limitée au Maroc. Sont cependant garantis hors du Maroc dans les conditions et limites prévues par le présent contrat :

- Les maladies ou accidents survenus au Maroc, qui nécessitent obligatoirement une hospitalisation à l'étranger, sur prescription médicale, et après accord préalable de l'Assureur ;
- Les maladies ou accidents survenus à l'étranger à l'occasion de séjour ne dépassant pas trois mois consécutifs, ni au total cinq mois par année d'assurance.

Au-delà de cette période, les effets de l'assurance à l'étranger sont alors suspendus.

Les remboursements sont réglés en **dirhams et au Maroc.**



Article 15 : 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 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, sauf stipulation contraire aux conditions particulières ;
- 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 ;
- L'avortement sauf pour des raisons médicales ;
- 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.



Article 16 : Primes d'assurance

Les primes annuelles hors taxes sont fixées aux Conditions Particulières. Elles 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.

L'Assureur est tenu de :

- 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 17 : 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 18 : 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 17 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 19 : 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 20 : 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 21 : 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 22 : 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 23 : 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 24 : 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

PREFERENCE TRANS MAROC

Article 2 : Catégorie bénéficiaire

Personnel Actif

Article 3 : Date d'effet

02 Avril 2026

Article 4 : Age limite de garantie

L'âge limite de la garantie est fixé à : **60 ans**

Article 5 : Age limite d'admission

L'âge limite d'admission de la garantie est fixé à : **60 ans**

Article 6 : Montant des primes - Mode de paiement

Les primes sont calculées en pourcentage des salaires déclarés par le souscripteur. Elles sont payables trimestriellement par le Souscripteur, au plus tard 45 jours après la fin de chaque trimestre.

Le taux de prime est fixé à **6,50% (H.T)** des salaires, taxe d'assurances en sus. Ce taux est révisable chaque fin d'exercice.

Article 7 : 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 (2) mois** après ladite date.

Passé ce délai, la garantie prend effet pour l'Adhérent et les personnes de sa famille à charge, le 1^{er} 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 8 : 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 (2) mois** après ladite date. Passé ce délai, la garantie prend effet pour l'Adhérent et les personnes de sa famille à charge, le 1^{er} 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 1^{er} 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 de la police.

Article 9 : Prestations – Taux de remboursement – Plafond général

Les prestations et traitements pris en charge sont ceux mentionnés au niveau du tableau des prestations (joint en annexe).

Tous les frais ou traitements non mentionnés dans le tableau des prestations (joint en annexe) ne sont pas couverts par le présent contrat.



Article 10 : Abrogation

L'article 18 – **Défaut de déclaration du Souscripteur** – des conditions générales du présent contrat est abrogé dans toutes ses dispositions.

Article 11 : Protection des données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés. La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir lesdites informations. L'assureur garantit notamment le respect de la loi n°09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés. L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent. Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du siège social de SANLAM, sis au 216, Boulevard Zerktouni 20000 CASABLANCA –Tél. : 05 22 47 40 40 MAROC.

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

Article 12 : Clause réclamation

L'Assuré et/ou le Souscripteur ou encore le bénéficiaire du contrat d'assurances peut formuler, moyennant les moyens listés ci-dessous, toute réclamation relative au présent contrat préalablement à l'engagement de toutes procédures judiciaire ou administrative au service chargé du traitement des réclamations auprès de l'Assureur :

- Par téléphone au numéro : 05 22 42 06 06
- Par courrier électronique : reclamationenligne@sanlam.ma
- Par courrier postal : 216, Boulevard Zerktouni, 20.000 Casablanca - Maroc.



Pour le traitement de la réclamation, le réclamant doit fournir les informations nécessaires dont notamment, son nom et prénom/dénomination, ses coordonnées ainsi que les références du contrat et/ou du sinistre.

En outre, le réclamant peut saisir le Médiateur de l'assurance dans les cas suivants :

-S'il n'est pas satisfait de la réponse apportée à sa réclamation ;

-Si l'Assureur ne donne pas suite à ladite réclamation dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception du dossier complet y afférent, ou encore si l'entreprise ne réagit pas dans un délai de 30 jours à compter de la réception de tout document provenant du réclamant. La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Sont seuls éligibles à la saisine du Médiateur, les litiges concernant les personnes physiques ou morales et survenus dans le cadre d'un contrat d'assurance lorsque le montant de l'indemnisation estimé est supérieur ou égal à 2.000 DH.

Le recours au dispositif de Médiation est volontaire et gratuit pour le réclamant qui peut saisir le Médiateur soit :

- Par téléphone au numéro : 05 22 649 020
- Par courrier électronique : mediateur@mediateurassurance.ma
- Par courrier postal : Le Médiateur de l'Assurance, 154 Boulevard d'Anfa, Casablanca, Maroc

Article 13 : Dispositions diverses

- 1) Il est précisé que lorsque les Conditions Générales se trouveront être en contradiction avec les Conditions Particulières, ces dernières prévalent.
- 2) Si le contrat n'est pas retourné signé par le Souscripteur dans un délai de vingt jours à compter de sa date d'envoi, il sera considéré comme nul et sans effet.
- 3) Le Souscripteur reconnaît avoir pris connaissance des Conditions Générales auxquelles il a adhéré sans réserve et accepté toutes les clauses, notamment la clause d'arbitrage prévue à l'article 21 des Conditions Générales.

Fait à Casablanca, le 03 Avril 2026

Pour prendre effet, le 02 Avril 2026

POUR LE SOUSCRIPTEUR



ANNEXE : TABLEAU DES PRESTATIONS

Les remboursements sont effectués à raison d'un pourcentage des frais réels engagés, sans pouvoir dépasser le maximum prévu à chaque poste et jusqu'à concurrence d'un plafond fixé à **50.000,00 Dhs par personne, par maladie et par an.**

La qualification, l'importance et les conditions de remboursement des actes et soins sont déterminées par la Nomenclature générale des actes professionnels.

NATURE DES FRAIS	CATEGORIE DES FRAIS	TAUX DE REMBOURSEMENT	OBSERVATION
Honoraires médecins	Consultation Visite : Visite de nuit Visite Dimanche	80%	Sont considérés comme inclus dans le prix de la consultation ou de la visite, les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante, ainsi que les petits actes techniques, motivés par celle-ci (injections hypodermiques, intradermiques, musculaires, petits pansements, ventouses, points de feu, etc.)
Frais pharmaceutiques	Médicaments	80%	Ne sont remboursés que les médicaments prescrits par un médecin diplômé et délivrés par un pharmacien également diplômé. Ne sont pas considérés comme médicaments : les produits alimentaires, les eaux minérales, les fortifiants non médicamenteux, les produits de beauté, les produits de consommation quotidienne et de confort n'ayant aucune relation avec la maladie soignée, ainsi que les fournitures d'usage médicale courant (thermomètre, coton bande vessie, mercurochrome).
Frais de laboratoire et de radiologie	Analyses médicales Eléctro Radiologie	80%	Sont remboursés les travaux de laboratoires et examens électro radiologiques prescrits par ordonnance.
Acte de spécialiste et de pratique médicale courante	Injections, pansements, petits soins	80%	L'accord de l'Assureur est nécessaire pour toute série qui dépasse 12 actes.



NATURE DES FRAIS	CATEGORIE DES FRAIS	TAUX DE REMBOURSEMENT	OBSERVATION
Traitements spéciaux	Électrothérapie , traitement par rayons ultraviolets, lumineux ou infrarouges , physiothérapie	80%	L'accord de l'Assureur est nécessaire pour toute série qui dépasse 12 actes.
Hospitalisations chirurgicales dans les cliniques privées (Application du tarif de la convention signée avec les cliniques privées)	* Frais de séjour	80%	<p>Les visites effectuées par le médecin traitant pendant la durée d'hospitalisation ne sont garanties que s'il a été appelé en consultation par le chirurgien à la suite de complications.</p> <p>Les services et taxes sont à la charge de l'Assuré.</p> <p>Les suppléments tels que boissons, éclairage, chauffage, garde particulière, lit d'accompagnant, téléphone, taxe, ainsi que le matériel du bloc restent à la charge de l'Assuré.</p>
Frais d'hospitalisations chirurgicales dans les hôpitaux publics	*Chirurgien, anesthésie	80%	
Frais d'hospitalisations chirurgicales dans les polycliniques C.N.S.S	* Salle d'opération	80%	
Hospitalisations médicales	* Honoraires des médecins * Frais de séjour (clinique ou hôpital).	80%	
Tuberculose : Sanatorium Préventorium	40 DH/jour – Max 1an 40 DH/jour – Max 6 mois	80%	Sous réserve de l'accord préalable de l'Assureur.
Optique (Avec référence au tarif des opticiens du Maroc)	Verres	80%	<p>Pour qu'une même personne puisse bénéficier de plusieurs remboursements, il est nécessaire que les verres soient modifiés par ordonnance médicale. Le même degré de dioptrie ne donnant droit qu'à un seul appareillage.</p> <p>•Sont exclus: La prothèse oculaire. Les lentilles cornéennes sauf s'il s'agit d'une forte myopie > 1000.</p>
	Montures : Avec un max de	80% 600 DH	Prise en charge d'une monture par période de 24 mois.



NATURE DES FRAIS	CATEGORIE DES FRAIS	TAUX DE REMBOURSEMENT	OBSERVATION
Soins dentaires		80% avec un max pour la lettre «D»= 25 DH	* Les extractions multiples au-delà de 5 dents nécessitent l'accord préalable de l'Assureur.
Prothèse dentaire	dans la limite d'un plafond de	80% avec un max pour la lettre «D»= 25 DH 2 000 DH	•L'accord préalable de l'Assureur est requis obligatoirement. •Le plafond est fixé par personne et par période de 12 mois.
ODF pour les enfants âgés moins de 16 ans	dans la limite d'un plafond de	80% avec un max pour la lettre «D»= 25 DH 2 000 DH	•L'accord préalable de l'Assureur est requis obligatoirement. •Le plafond est fixé par personne et par période de 12 mois.
Soins de parodontie	dans la limite d'un plafond de	80% avec un max pour la lettre «D»= 25 DH 2 000 DH	•L'accord préalable de l'Assureur est requis obligatoirement. •Le plafond est fixé par personne et par période de 12 mois.
Maternité	Frais d'accouchement suite à une césarienne.	80%	En cas de césarienne, l'indemnité forfaitaire est exclue.
	Indemnité forfaitaire en cas d'accouchement normal :		
	- Simple - Gémellaire	2 000 DH 3 000 DH	
Fausses couches accidentelles	Avec un max de	80% 2 000 DH	Seules les fausses couches survenues après trois (3) mois de grossesse sont prises en charge.
Frais pré et post natals	Avec un max de	80% 2 000 DH	
Frais de mise en couveuse	Avec un max par jour de	80% 700 DH	

NATURE DES FRAIS	CATEGORIE DES FRAIS	TAUX DE REMBOURSEMENT	OBSERVATION
Frais de transport du malade à l'intérieur du Maroc	Avec un max par an de	80% 1 000 DH	Le transport du malade prescrit par ordonnance médicale est couvert de son domicile ou du lieu de l'accident à un établissement hospitalier marocain
Appareils d'orthopédie et de prothèse (à l'exclusion de la prothèse dentaire)	Avec un max par an de	80% 2 000 DH	<ul style="list-style-type: none"> ▪Remboursement du 1er appareillage seulement. ▪La garantie ne s'applique pas au renouvellement du même appareillage. ▪Les yeux artificiels sont exclus de la garantie.
Vaccins préventifs pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans		80%	
Cures thermales	Avec un max par an de	80% 1 000 DH	L'accord préalable de l'Assureur est requis obligatoirement.
Frais des circoncisions	Avec un max de	80% 1 000 DH	
Dépistage par Mammographie , prescrits par médecin	Avec un max par an de	80% 800 DH	
Dépistage par Frottis cervico vaginal prescrits par médecin	Avec un max par an de	80% 300 DH	
Dépistage par PSA pour les hommes, sur prescription médicale	Avec un max par an de	80% 600 DH	

N.B : Tous traitements ou frais non désignés ci-dessus ne sont pas couverts par la Présente garantie.

