

La présente Notice d'Information vous est remise par la **BANQUE MALGACHE DE L'OCEAN INDIEN (BMOI)** afin de vous informer des prestations d'assurance fournies dans le cadre du Contrat d'assurance groupe BMOI ASSURHOSPITALISATION souscrite pour le compte de ses clients.

Avant de souscrire à ce contrat d'assurance, nous vous invitons à lire attentivement la présente Notice d'Information, qui vous précise vos droits et obligations, ainsi que ceux de l'Assureur, et qui répond aux questions éventuelles que vous vous posez.

1. QUI EST L'ASSUREUR ?

Le Contrat d'assurance groupe BMOI ASSURHOSPITALISATION est souscrit par la BANQUE MALGACHE DE L'OCEAN INDIEN (BMOI) auprès de l'Assureur :

ASSURANCES RÉASSURANCES OMNIBRANCHES (ARO),
Siège social : Antsahavola, Rue Solombavambahoaka Frantsay 77 – Antananarivo.
SA au Capital de 7.013.300.000 Ariary
RCS d'Antananarivo sous le N° RC 2002 B 00559
Entreprise régie par le Code des Assurances

2. QUI EST L'ASSURE ?

L'Assuré est toute personne physique âgée de moins de 65 ans, nommément désignée dans le Bulletin d'adhésion par le titulaire d'un compte à vue ou compte épargne en Ariary créditeur à la BMOI (désigné le « Proposant » dans le Bulletin d'adhésion), laquelle est exposée à des risques de maladies ou accidents nécessitant une hospitalisation donnant lieu à remboursement.

Le Proposant peut désigner plusieurs Assurés, à condition de remplir et signer un Bulletin d'adhésion pour chacun d'eux.

3. QUEL EST L'OBJET DE CETTE ASSURANCE ?

Cette assurance garantit le remboursement de tout ou partie des frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur l'Assuré désigné dans le Bulletin d'adhésion.

4. QUELS SONT LES RISQUES GARANTIS ?

Les risques et frais garantis sont indiqués ci-après :

FRAIS DE CHIRURGIE SANS HOSPITALISATION	Remboursement à 90% du montant de la facture.
FRAIS D'HOSPITALISATION, FRAIS D'HOSPITALISATION EN SERVICE DE REANIMATION ET ACTES CHIRURGICAUX	Remboursement à 100% du montant de la totalité de la facture avec un maximum par Journée d'Hospitalisation (JH) du montant de la JH choisi (*).
FRAIS DE TRANSPORT SANITAIRE DANS UN MÊME PAYS	Remboursement à 100% avec un maximum de 5.500.000 Ariary.
ACCOUCHEMENT EN MILIEU HOSPITALIER	Remboursement à 100% avec un maximum par JH du montant de la JH choisie.
LIMITE D'ENGAGEMENT ANNUEL PAR PERSONNE	23.167.507 Ariary

Le Transport Sanitaire dans un même pays, frais de transport en cas d'hospitalisation, concerne l'évacuation sanitaire pour des soins spécialisés qui ne peuvent être donnés sur place et prescrite par une autorité hospitalière habilitée officiellement à ordonner l'évacuation vers l'hôpital approprié le plus proche et comprend :

- le transport médicalisé jusqu'à l'établissement sanitaire approprié,
- le rapatriement vers la localité de résidence habituelle si celle-ci ne se situe pas dans la même agglomération que l'hôpital ;
- le rapatriement du corps en cas de décès.

(*) MONTANT DE LA JOURNEE D'HOSPITALISATION (JH)
99.000 Ariary
66.000 Ariary
44.000 Ariary

5. QUELS SONT LES RISQUES EXCLUS ?

Sont exclus de la garantie :

- Les frais occasionnés par des maladies, infirmités, malformations et blessures, antérieures à la date de prise d'effet de la garantie, ainsi que leurs rechutes et séquelles.*
- Les cures de rajeunissement ainsi que la chirurgie et les traitements esthétiques, les séjours en maison de repos ou établissements ou établissements similaires.*
- Les massages, les séances de rééducation, de diathermie, d'hydrothérapie, sauf ceux nécessités par les conséquences motrices d'accidents ou de maladies entraînant la perte de mouvement.*
- Les frais de prothèses ou d'orthopédie.*
- Le remboursement des produits alimentaires de régime ou de remplacement, des fortifiants médicamenteux, des eaux minérales, des produits d'hygiène, des objets d'usage médical (thermomètres, bandes, inhalateurs, ...), des suppléments aux prix de pension tels que les suppléments alimentaires, téléphone, garde particulière, blanchissage.*
- Les maladies ou accidents :*
 - *résultant de la pratique de tout sport à titre professionnel, d'exercices acrobatiques, de sports aériens, y compris le parachutisme ou la participation à des compétitions comportant l'utilisation de véhicules avec ou sans moteur, d'embarcations à moteur, ou à leurs essais.*
 - *occasionnés par l'Assuré, intentionnellement ou résultant de l'ivresse ou de l'alcoolisme, d'usage de drogue ou de stupéfiants non prescrits médicalement, ou de tentative de suicide.*
 - *résultant de paris, rixes (sauf en cas de légitime défense), de guerres étrangères, ou de la désintégration de noyau atomique.*

6. QUELLE EST LA DUREE DU CONTRAT ET QUAND PREND EFFET LA GARANTIE ?

Le contrat est conclu pour un an renouvelable par tacite reconduction, l'échéance étant fixée au 31/12 de chaque année.

La garantie, objet du contrat, prend effet le lendemain à minuit de la date de réception des Bulletins d'adhésion par l'Assureur. Toutefois, il est précisé que toute demande d'informations complémentaires concernant le Proposant suspend les garanties ; dans ce cas, la garantie prend effet le jour de l'acceptation de l'Assureur.

Elle cesse de plein droit :

- *automatiquement, à la date d'échéance qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré*
- *en cas de non-paiement par le Proposant des primes et taxes dues au titre du présent contrat*
- *en cas de clôture de tous les comptes en Ariary du Proposant ouverts à la BMOI*
- *en cas de résiliation par le Proposant, l'Assureur ou la BMOI*
- *en cas de décès du Proposant ou de l'Assuré*

7. QUEL EST LE MONTANT DE LA PRIME A PAYER ?

La prime TTC est payable par le Proposant annuellement et d'avance, dont le montant à l'échéance est fixé dans le Bulletin d'adhésion. Elle est indexée à la variation réelle de l'indice des prix à la consommation.

Par ailleurs, chaque année et à partir de la 4^{ème} année d'assurance, les montants garantis par JH, ainsi que les primes y afférentes, peuvent faire, à l'échéance, l'objet d'un éventuel ajustement par l'Assureur.

8. COMMENT MODIFIER LE RISQUE GARANTI ?

Toute demande de modification par le Proposant du choix de la Journée d'Hospitalisation, impliquant une modification du tarif de la prime annuelle, doit être demandée écrite du Proposant notifiée au moins deux (2) mois avant la date d'effet voulue.

Le changement ou le rajout d'une personne à assurer nécessite l'établissement d'un nouveau Bulletin d'adhésion.

Le Proposant est informé par tout moyen de toute modification par l'Assureur du tarif de la prime appliquée, dépendant de son appréciation des risques.

9. QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

En cas de maladie ou d'accident, l'Assuré doit :

- a) Sous peine de déchéance, sauf cas de force majeure ou fortuit, déclarer le sinistre à la BMOI par écrit avec demande d'avis de réception, **dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans un délai de cinq (5) jours ouvrés.**
- b) Indiquer dans la déclaration de sinistre les nom et prénom(s) et domicile de l'Assuré, la nature de la maladie, l'adresse de l'hôpital ou de la clinique où les soins sont effectués, le nom et l'adresse du médecin traitant ou du chirurgien, s'il y a lieu ; et, s'il s'agit d'un accident, les circonstances et le lieu de celui-ci, ainsi que les noms et adresses des témoins, s'il y en a. Le médecin prescripteur devra également préciser sur l'ordonnance médicale la durée du traitement ainsi que la posologie pour chacun des médicaments prescrits.
- c) Joindre avec la déclaration de sinistre :
 - Les factures de l'hôpital ou de la clinique où les soins sont effectués,
 - les billets d'hospitalisation ;
 - les notes d'honoraires du médecin traitant ou du chirurgien, s'il y a lieu,
 - les ordonnances délivrées durant l'hospitalisation par le médecin traitant ou le chirurgien ;
 - les factures d'achat de médicaments dûment signées par le pharmacien ou à défaut, par le responsable de la pharmacie.

L'Assureur est en droit de prier l'Assuré de lui donner des renseignements complémentaires sur la maladie traitée. Il peut notamment lui demander de répondre à un questionnaire ou de produire une attestation médicale. Il a également la faculté de faire examiner, à ses frais, la personne soignée, par un médecin de son choix. L'Assuré est tenu de se soumettre à cet examen. Il peut toutefois exiger que son médecin traitant y assiste.

10. EXPERTISE

Pour toute contestation d'ordre médical concernant l'application du contrat, il sera procédé à une expertise, chaque partie supportant les honoraires de l'expert choisi par elle. Jusqu'à ce que cette expertise ait lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

11. PRESCRIPTIONS

Toute demande de remboursement découlant du présent contrat est prescrite dans les **trente (30) jours** suivant la date de sortie de l'hôpital ou de la clinique où les soins ont été effectués, sauf cas de force majeure ou cas fortuit, et après avis de l'Assureur.

Toute action dérivant du contrat d'assurance se prescrit par deux (2) ans, à compter de l'évènement qui u donne naissance.

Pendant la période de couverture, afin qu'il(s) puisse(nt) servir à qui de droit, il vous est recommandé de conserver une copie du (des) Bulletin(s) d'adhésion dans de bonnes conditions et prendre toutes les mesures nécessaires afin de prévenir ou de minimiser le risque de dommage ou de perte.