

NOTICES D'INFORMATION GARANTIE DÉPENDANCE

Sommaire

PRÉAMBULE	2
ARTICLE 1 : DÉFINITIONS	2
ARTICLE 2 : OBJET DU CONTRAT	2
ARTICLE 3 : DÉFINITION DE LA GARANTIE	2
ARTICLE 4 : LES MODALITÉS D'ADHÉSION	3
ARTICLE 5 : DURÉE DE L'ADHÉSION	3
ARTICLE 6 : LES COTISATIONS	3
ARTICLE 7 : AUGMENTATION ET DIMINUTION DE LA GARANTIE	4
ARTICLE 8 : LES PRESTATIONS	4
ARTICLE 9 : LES OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT	5
ARTICLE 10 : DÉDUCTIBILITÉ FISCALE DES COTISATIONS DE L'ADHÉRENT « LOI MADELIN »	5
ARTICLE 11 : EXCLUSIONS	5
ARTICLE 12 : PRESCRIPTION	5
ARTICLE 13 : RÉCLAMATIONS	5
ARTICLE 14 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	5

NOTICES D'INFORMATION ASSISTANCE GARANTIE DÉPENDANCE

DOMAINE D'APPLICATION	6
BÉNÉFICIAIRE	6
PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES	6
COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	6
FAITS GÉNÉRATEURS	6
MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE	6
EXÉCUTION DES PRESTATIONS	6
DÉFINITIONS	6
SERVICE D'INFORMATION ET DE SOUTIEN DISPONIBLE EN TOUT TEMPS	7
INFORMATION JURIDIQUE	7
SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	7
ACCOMPAGNEMENT SOCIAL	7
APPELS DE CONVIVIALITÉ	7
CONSEILS ET INFORMATIONS MÉDICALES	7
ACCÈS À UN SITE INTERNET	8
PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS	8
BILAN PSYCHOSOCIAL DE LA SITUATION	8
SOULAGER L'AIDANT	8
FAVORISER L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE DÉPENDANTE	8
CADRE JURIDIQUE	9
ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE	9
CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES	9
EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES PRESTATIONS	9
NULLITÉ DE LA PRESTATION	9
RECOURS	9
SUBROGATION	9
PRESCRIPTION	9
ATTRIBUTION DE JURIDICTION	10
INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	10
RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION	10
AUTORITÉ DE CONTRÔLE	10

NOTICE D'INFORMATION

Contrat « Garantie Dépendance » n° SDO00001

PRÉAMBULE

Le présent document constitue la notice d'information du contrat collectif à adhésion facultative « Garantie Dépendance » de durée annuelle à tacite reconduction souscrit dans le cadre de la Loi Madelin sous le n° SDO00001 :

- par la **Maison des adhérents d'Apivia** – Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, déclarée à la Préfecture d'Indre-et-Loire sous le numéro W372004901 et publiée au Journal Officiel de la République Française, dont le siège social 108 rue Ronsard 37000 TOURS, ci-après nommée « Association »,
- auprès d'**OCIRP Vie**, entreprise régie par le code des assurances au capital de 26 192 964 euros, inscrite au registre du commerce et des sociétés de PARIS sous le numéro B 339 688 608, dont le siège social est situé 17 rue de Marignan, 75008 Paris, ci-après nommée « Assureur ».

Ce contrat a été négocié pour le compte de l'Association, au profit de ses Adhérents, par Apivia Prévoyance qui en effectue la distribution et la commercialisation à titre exclusif, via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurance partenaires.

La gestion des adhésions au contrat est effectuée pour le compte de l'Assureur par Apivia Prévoyance – SAS de Gestion et de Courtage en Assurances au capital de 45 088 € – RCS TOURS B 388 901 910 – n° d'immatriculation ORIAS n° 07 006 109 consultable sur site Internet de l'ORIAS : www.orias.fr – Exerce sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) – 61 rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

Siège Social : Apivia Prévoyance – 29 rue des Granges Galand – 37550 SAINT-AVERTIN
Tél. : 02 47 28 07 07 – Télécopie : 02 47 28 07 06

Mail : prevoyance.contact@apivia-courtage.fr - Site : www.apivia-courtage.fr

ARTICLE 1 : DÉFINITIONS

1.1 L'adhérent

Il s'agit d'une personne physique, membre de la **Maison des adhérents d'Apivia** et âgée de 75 ans maximum à l'adhésion par différence de millésime, résident en France Métropolitaine ou dans les DROM (à l'exception de la Nouvelle Calédonie et de Mayotte), qui a fait une demande d'adhésion à la garantie « Garantie Dépendance ». Cette personne est adhérente, au contrat collectif à adhésion facultative, dès l'acceptation par l'assureur de son adhésion.

1.2 Le bénéficiaire

Il s'agit de la personne désignée au sein du Bulletin d'adhésion par l'adhérent. Cette personne désignée percevra la prestation due au titre de la garantie « Garantie Dépendance » à la suite de l'évènement ouvrant droit à prestation.

1.3 L'assureur

L'assureur est la société anonyme OCIRP Vie, entreprise régie par le code des assurances au capital de 26 192 964 euros, inscrite au registre du commerce et des sociétés de PARIS sous le numéro B 339 688 608, dont le siège social est situé 17 rue de Marignan, CS 50 003 - 75008 Paris. Elle est désignée, ci-après, par le terme « l'assureur ».

Le contrôle de OCIRP Vie est effectué par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) visée par les articles L.310-12 et suivants du code des assurances.

1.4 La prestation

Il s'agit de rentes versées selon les modalités fixées aux articles 4 et 8 ci-après.

1.5 Evènement ouvrant droit à prestation

Il s'agit de la reconnaissance de l'état de dépendance de l'adhérent.

ARTICLE 2 : OBJET DU CONTRAT

Le contrat est un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit par la **Maison des adhérents d'Apivia** auprès d'OCIRP Vie, afin de faire bénéficier à l'ensemble des adhérents une garantie « OCIRP Vie Dépendance ».

La garantie accordée au titre de la présente notice s'entend à environnement technique, juridique et fiscal constant, s'agissant notamment des règles de reconnaissance de l'état de dépendance.

ARTICLE 3 : DÉFINITION DE LA GARANTIE

3.1 Définition de l'état de dépendance

L'état de dépendance, au sens de la présente notice est l'impossibilité médicalement constatée, d'accomplir, sans l'aide d'une tierce personne, certains actes élémentaires et essentiels de la vie courante (se nourrir, se déplacer, s'habiller, satisfaire à son hygiène corporelle).

Cet état de dépendance est évalué dans le cadre de la présente notice par référence à la grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources), reconnue comme outil national d'évaluation de la dépendance et décrite en annexe 2-1 et 2-2 du code de l'action sociale et des familles.

L'état de dépendance totale au sens de la présente notice, est reconnu lorsque l'adhérent est classé dans l'un des deux premiers groupes iso-ressources (GIR 1 et 2) dans le cadre du bénéfice de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), ou par l'impossibilité médicalement constatée d'effectuer trois des quatre actes élémentaires et essentiels de la vie courante mentionnés ci-dessus.

L'état de dépendance partielle au sens de la présente notice est reconnu lorsque l'adhérent est classé dans le troisième groupe iso-ressources (GIR 3), ou par l'impossibilité médicalement constatée d'effectuer deux des quatre actes élémentaires et essentiels de la vie courante mentionnés ci-dessus.

Les définitions des trois premiers groupes sont les suivantes :

- **Groupe 1** : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- **Groupe 2** : personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ainsi que les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leur capacité de se déplacer.
- **Groupe 3** : personnes ayant conservé leurs fonctions intellectuelles et partiellement leur capacité de se déplacer, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

En tout état de cause, l'état de dépendance totale au sens de la présente notice est automatiquement reconnu en cas de classement de l'adhérent suivant le classement en groupe 1 et 2 de la grille AGGIR, effectué dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer.

L'état de dépendance partielle au sens de la présente notice est reconnu uniquement en cas de classement en groupe 3 de la grille AGGIR confirmé par le médecin conseil de l'assureur. Le classement de l'adhérent en GIR 3, effectué dans le cadre de la mise en œuvre d'autres prestations dépendance, comme l'APA, n'est pas déterminant de la reconnaissance de l'état de dépendance partielle, au sens du présent contrat.

L'état de dépendance temporaire au sens du présent contrat, lié notamment à une hospitalisation ou à une période de traitement ou de convalescence, est reconnu à condition qu'il soit supérieur à une durée trois mois, et sous réserve que la personne ne puisse pas accomplir deux des quatre actes de la vie courante (dépendance partielle) ; ou que la personne ne puisse pas accomplir trois des quatre actes de la vie courante (dépendance totale).

3.2 Reconnaissance de l'état de dépendance

La reconnaissance de l'état de dépendance est constatée par le médecin conseil de l'assureur au vu du dossier de demande d'ouverture des prestations, précisé à l'article 8.3 de la présente notice et, le cas échéant, d'une visite médicale de l'adhérent, en l'absence de classement groupe 1 et 2 suivant la grille AGGIR, effectué dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer.

3.3 Notification de l'état de dépendance

Le médecin conseil de l'assureur se prononce sur l'état de dépendance de l'adhérent dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande et de l'ensemble des pièces justificatives, sauf en cas de force majeure ou d'obstacle rencontré dans l'exécution de sa mission.

Un dossier refusé pourra être examiné à nouveau par le médecin conseil de l'assureur aux conditions suivantes :

- un délai de 3 mois minimum s'est écoulé depuis la dernière étude,
- les pièces justificatives actualisées relatives au dossier de demande d'ouverture des prestations devront être à nouveau produites ; elles devront comporter **des éléments nouveaux**, justifiant de l'aggravation de l'état de santé de l'adhérent, intervenus depuis la dernière demande.

Dans le cas où l'état de dépendance de l'adhérent est reconnu par le médecin conseil de l'assureur suite à un premier refus, le médecin conseil fixe la date à laquelle l'adhérent est reconnu dépendant au sens de l'article 3.1 ci-dessus.

3.4 Procédure de conciliation

Pour être recevable, toute contestation médicale doit être effectuée dans un délai de trois mois à compter de la notification de refus du Médecin conseil de l'assureur, à l'adhérent.

A défaut, ce dernier peut demander, à nouveau, l'ouverture des prestations dans le cadre de la procédure prévue à l'article 8 ci-après.

Dans le cas où l'adhérent, ou son représentant légal, et le médecin traitant de l'adhérent sont en désaccord avec la décision du médecin conseil de l'assureur, ils désignent ensemble un troisième médecin sur la liste des experts auprès des tribunaux.

A défaut d'entente sur ce choix, un médecin expert sera désigné par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent qui statuera à la requête de la partie la plus diligente, les parties s'interdisant d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise n'aura pas lieu.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des voies de recours qui pourront être exercées.

Les honoraires du 3^{ème} médecin seront supportés par l'adhérent si la décision prise par le médecin conseil de l'assureur est confirmée par le médecin expert. A contrario, les frais seront supportés par l'assureur si la décision prise par le médecin conseil de l'assureur est infirmée. Dans ce dernier cas, le médecin expert désigné fixe la date de reconnaissance de l'état de dépendance de l'adhérent.

3.5 Évolution de l'état de dépendance de l'adhérent

Pendant le service de la rente, l'adhérent ou son représentant légal ou désigné sera tenu d'informer l'assureur, dans un délai de 30 jours, de l'évolution de son état de santé et notamment l'aviser de toute modification de son classement suivant la grille AGGIR ou tout autre élément équivalent, et l'informer de toute modification de son lieu effectif de résidence, de séjour ou d'hébergement.

Lorsque l'état de dépendance de l'adhérent est reconnu par le médecin conseil de l'assureur dans le cadre de l'article 8.3 de la présente notice, c'est-à-dire en l'absence de classement de l'adhérent suivant la grille AGGIR, effectué dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer, l'assureur peut, à tout moment, faire procéder aux visites médicales et contrôles jugés nécessaires permettant au médecin conseil de l'assureur de se prononcer sur la poursuite du service de la rente, sur sa majoration en cas de passage en dépendance totale, sur sa minoration en cas de passage en dépendance partielle, ou sur son arrêt en cas de cessation de l'état de dépendance au sens de la présente notice. Il pourra en outre demander la communication de tout document qu'il jugerait nécessaire pour apprécier l'état de santé de l'adhérent.

Le bénéficiaire de la rente dépendance (ou son représentant légal) doit, au 1^{er} janvier de chaque année, renvoyer le certificat de suivi de l'état de dépendance adressé par l'assureur, dûment renseigné.

En cas de refus de l'adhérent de se soumettre aux procédures de contrôle ou aux visites médicales, ou en cas d'obstacles mis par son représentant légal ou désigné, à la procédure d'évaluation du médecin, le service de la rente est suspendu.

ARTICLE 4 : LES MODALITÉS D'ADHÉSION

4.1 Conditions et modalités d'adhésion

4.1.1 Conditions d'adhésion

Les membres de la Maison des adhérents d'Apivia peuvent adhérer au présent contrat à condition :

- d'être âgé de 75 ans maximum à l'adhésion. L'âge s'entend par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année de demande de l'adhésion ;
- de ne pas être dépendant au sens du présent contrat ;
- de ne pas avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir un ou plusieurs des actes suivants : se nourrir, se déplacer, s'habiller, satisfaire à son hygiène corporelle ;
- de ne pas avoir effectué une demande pour bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie ou de toute autre prestation pouvant s'y substituer.

4.1.2 Modalités d'adhésion

Préalablement à l'envoi du Bulletin d'adhésion, l'adhérent doit avoir pris connaissance de la notice d'information sur les dispositions essentielles de la garantie et les conditions d'exercice de sa faculté de renonciation, du barème des valeurs d'acquisition et de service des unités de rente dépendance fixé par l'assureur.

L'adhérent adresse à Apivia Prévoyance, habilitée à gérer la garantie « Garantie Dépendance » les deux exemplaires du Bulletin d'adhésion dûment complétés et signés comportant notamment, les indications suivantes :

- sa date de naissance,
- le montant des cotisations dues au moment de l'adhésion,
- une mention selon laquelle l'adhérent certifie ne pas être dépendant au sens du présent contrat et notamment ne pas avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir un ou plusieurs des actes suivants : se nourrir, se déplacer, s'habiller, satisfaire à son hygiène corporelle.

En outre, avec le Bulletin d'adhésion, l'adhérent joint :

- mandat de prélèvement des cotisations
- un relevé d'identité bancaire
- une copie de la pièce d'identité de l'adhérent (recto verso)

Apivia Prévoyance vérifie la complétude du dossier.

L'adhésion ne peut être acceptée tant qu'Apivia Prévoyance n'est pas en possession de toutes les pièces nécessaires. Sa réponse intervient dans un délai d'un mois après réception du Bulletin d'adhésion complété et de l'ensemble des pièces complémentaires.

4.2 Date d'effet de la garantie et durée de la présente notice « Garantie Dépendance »

En cas d'acceptation de l'adhésion, Apivia Prévoyance délivre à chaque adhérent un certificat d'adhésion.

Cette acceptation est réalisée sur la base, des déclarations faites par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion, de la copie de sa pièce d'identité et des éventuelles formalités médicales auxquelles il a pu se soumettre.

La date d'effet est mentionnée sur le certificat d'adhésion.

Le compte individuel de l'adhérent ne pourra être ouvert qu'à partir du lendemain de l'encaissement de la première cotisation.

L'adhésion se poursuit jusqu'au 31 décembre suivant. Elle se renouvelle ensuite, chaque année, par tacite reconduction.

4.3 Faculté de renonciation

Tout adhérent a la faculté de renoncer à la proposition d'assurance par lettre recommandée avec avis de réception pendant un délai de trente jours à compter de la date de réception du Bulletin d'adhésion accompagné des documents contractuels qu'il aurait reçus, sur le modèle ci-après :

« Je soussigné (NOM et PRÉNOM de l'adhérent), demeurant à (résidence principale), ai l'honneur de vous informer que je renonce à ma souscription au contrat « GARANTIE DÉPENDANCE » (numéro du contrat ou numéro de certificat si déjà délivré), que j'ai signé le (date), et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des cotisations versées.

A..... le Signature

A compter de l'envoi de cette lettre, la date du cachet de la poste faisant foi, l'adhésion est annulée dans tous ses effets.

Dans ce cas, les cotisations versées seront remboursées (hors frais de dossier et d'échéance) à l'adhérent dans les trente jours suivant la date de réception de ce courrier.

4.4 Déclarations inexactes ou incomplètes

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, ce dernier s'expose à la nullité de la présente notice, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances. En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il peut être fait application des sanctions prévues à l'article L. 113-9 du Code des assurances (réduction proportionnelle ou résiliation de la présente notice).

ARTICLE 5 : DURÉE DE L'ADHÉSION

5.1 Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion valant conditions particulières.

L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier, sauf dénonciation faite au moins deux mois avant la fin de l'année civile par l'adhérent.

5.2 Résiliation de l'adhésion individuelle

L'adhésion peut être résiliée par l'adhérent par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à Apivia Prévoyance, deux mois au moins avant chaque échéance annuelle.

En cas de non-paiement des cotisations, l'adhésion est résiliée après mise en œuvre de la procédure prévue à l'article 6.3 ci-dessous.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte de l'adhérent sur, notamment, tout ou partie des éléments de nature à permettre l'évaluation du risque, Apivia Prévoyance ou l'assureur peuvent résilier l'adhésion au contrat.

De même, en cas de rupture du lien qui unit le souscripteur à l'adhérent ou si l'adhérent cesse de payer les cotisations, celui-ci peut être exclu du bénéfice du contrat, conformément à l'article L. 141-3 du code des assurances.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat.

La résiliation entraîne l'arrêt du versement des cotisations et par extension l'arrêt de l'acquisition des unités de rente dépendance.

5.2.3 Effets de la résiliation ou de l'exclusion sur la garantie

• Principe

En cas de résiliation du contrat ou de l'adhésion individuelle ou d'exclusion du contrat, l'adhérent demeurera garanti sur la base du nombre, éventuellement réduit, d'unités de rente dépendance acquis grâce aux versements antérieurs de cotisations.

Dans ce cas, l'adhérent est associé à l'évolution du risque dépendance, de façon solidaire avec les adhérents cotisants, par une ou plusieurs réductions du nombre total d'unités dépendance inscrites dans son compte individuel. Ces réductions sont subordonnées à une décision du Conseil d'administration de l'assureur qui vérifie si ces mesures sont justifiées, en prenant en compte les résultats techniques et financiers du contrat.

• Modalités

Au titre d'une année, la réduction peut s'appliquer lorsque les valeurs d'acquisition des unités de rente applicables aux adhérents cotisants, progressent à un taux plus élevé que la valeur de service.

Le taux de cette réduction, pour un âge donné, est au maximum égal, au titre de l'année considérée, à l'écart constaté entre la progression de la valeur d'acquisition et celle de la valeur de service de l'unité de rente.

La réduction n'est pas applicable à l'adhérent qui perçoit la rente dépendance.

ARTICLE 6 : LES COTISATIONS

6.1 Base de calcul et montant des cotisations

Le montant des cotisations est fixé sur le certificat d'adhésion valant Conditions particulières.

Son montant est choisi à l'origine par l'adhérent sur le Bulletin d'adhésion.

La cotisation ainsi calculée pourra être modifiée pour intégrer les éventuelles taxes auxquelles ce contrat pourrait être soumis.

6.2 Paiement des cotisations

Il sera mis à la disposition de l'adhérent cinq possibilités de choix du montant des cotisations, **non cumulatives**. L'adhérent a le choix entre la possibilité de cotiser exclusivement :

- soit 30 € par mois ;
- soit 40 € par mois ;
- soit 50 € par mois ;
- soit 80 € par mois ;
- soit 100 € par mois.

Les cotisations donnent droit à des unités de rente dépendance, en fonction du barème des valeurs d'acquisition des unités de rente en vigueur à la date d'encaissement des cotisations.

La reconnaissance de l'état de dépendance, au sens de l'article 3 de la présente notice, entraîne la suspension du prélèvement des cotisations à compter du 1^{er} jour du mois suivant la notification de l'état de dépendance. Les cotisations éventuellement encaissées après cette date sont remboursées à l'adhérent. L'adhérent n'acquiert plus d'unité de rente dépendance pendant la période de versement des prestations.

En cas de cessation de l'état de dépendance, les cotisations sont payables à compter du 1^{er} jour du mois suivant l'arrêt du service de la rente.

Le montant des cotisations mentionné dans le Bulletin d'adhésion est payable suivant la périodicité et selon les modalités fixées dans le certificat d'adhésion valant conditions particulières.

Les cotisations cessent d'être dues, lors de la survenance d'un des événements suivants :

- le décès de l'adhérent ;
- la résiliation de la présente notice ou de l'adhésion.

6.3 Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, l'exclusion de l'adhérent du contrat ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par Apivia Prévoyance d'une lettre de mise en demeure en recommandé avec avis de réception.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai, le défaut de paiement de la cotisation entraîne son exclusion du contrat collectif à adhésion facultative « Garantie Dépendance ».

6.4 Unités de rente dépendance : valeurs d'acquisition - valeur de service

Les cotisations versées donnent droit à des unités de rente dépendance attribuées à l'adhérent au contrat et inscrites dans un compte individuel ouvert au nom de ce dernier. Elles sont dénommées « unités de rente dépendance ».

Le cumul des unités de rente dépendance inscrites au compte de l'adhérent, sert de base à la détermination du montant garanti en cas de dépendance, la reconnaissance de cet état pouvant être effectuée tant que l'adhérent est en vie.

Le décompte individuel des unités de rente est communiqué annuellement à l'adhérent cotisant et, sur sa demande, à l'adhérent qui n'est plus cotisant.

Le nombre d'unités de rente dépendance est obtenu en divisant le montant de chaque cotisation par la valeur d'acquisition correspondant à l'âge et au barème en vigueur à la date d'encaissement de la cotisation. L'âge de l'adhérent est déterminé par différence de millésime.

Le barème des valeurs d'acquisition est révisable annuellement par l'assureur, en fonction de l'évolution des résultats techniques du contrat, et applicable à l'adhérent à compter du premier janvier de l'exercice suivant.

L'adhérent au contrat collectif peut alors mettre fin à son adhésion et au prélèvement des cotisations à compter du 1^{er} janvier de l'exercice suivant, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à Apivia Prévoyance, au moins deux mois avant chaque échéance annuelle.

La valeur de service de l'unité de rente dépendance permet d'évaluer, à tout moment, le montant de la garantie acquise par l'adhérent au contrat, sous réserve de l'application de l'article 5.2 de la présente notice, en cas de cessation du versement des cotisations. Elle sert également à calculer, suivant l'article 6.1 de la présente notice, le montant de la rente dépendance en cas de reconnaissance de l'état de dépendance. Elle est revalorisée, chaque année, par l'assureur, en fonction des résultats du contrat.

La révision du barème des valeurs d'acquisition et de la valeur de service prend en compte les résultats des études actuarielles et financières que l'assureur réalise périodiquement sur les perspectives à moyen et long terme de la garantie dépendance.

6.5 Achat d'unités de rente dépendance additionnelles

Au moment de son adhésion et au plus tard dans les 3 mois qui suivent, l'assuré peut, sous réserve de respecter les conditions prévues à l'article 4.1 du présent contrat, effectuer une demande en vue d'acquérir des unités de rente dépendance additionnelles. Cette possibilité est proposée en contre partie du versement d'une cotisation unique dont le montant est limité à 20 fois la cotisation annuelle à laquelle il a souscrit initialement.

Lorsque la cotisation unique est supérieure ou égale à 1 000 €, l'acceptation de la demande est subordonnée à l'étude d'un questionnaire de santé, et le cas échéant du questionnaire médical, transmis par l'assuré, sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin-conseil d'Apivia Prévoyance.

Le médecin-conseil donnera son avis, après étude confidentielle du questionnaire de santé, et le cas échéant du questionnaire médical, transmis par l'assuré.

Des résultats d'analyses ou d'examen médicaux complémentaires pourront être demandés par le médecin-conseil d'Apivia Prévoyance.

Tout au long de son adhésion et au plus tard à 75 ans, l'assuré a la faculté d'effectuer une demande tous les 24 mois en vue d'acquérir des unités de rente dépendance additionnelles. Cette possibilité est proposée en contrepartie du versement d'une cotisation dont le montant est limité à 20 fois la cotisation annuelle, sans pouvoir dépasser 6 000 € et être inférieur à 1 000 €. L'acceptation par Apivia Prévoyance est subordonnée à l'étude d'un questionnaire de santé, et le cas échéant du questionnaire médical, selon les modalités prévues ci-dessus.

En tout état de cause, le montant total des cotisations versées au cours de l'adhésion au titre des achats d'unités de rente dépendance additionnelles ne peut excéder la somme de 18 000 €.

Dans tous les cas, le nombre d'unités de rente dépendance additionnelles est obtenu en divisant le montant de la cotisation par la valeur d'acquisition correspondant à l'âge et au barème en vigueur au moment du paiement de la cotisation correspondante.

6.6 Modalités de contre-assurance

En cas de décès de l'adhérent dans les trente-six mois suivant son adhésion, l'assureur procèdera au remboursement d'une fraction de la cotisation unique, versée pour l'achat d'unités de rente additionnelles visé à l'article 6.5 ci-dessus, selon les modalités suivantes :

- 75% de la cotisation, si le décès survient moins de douze mois suivant l'adhésion,
- 50% de la cotisation si le décès survient entre 12 mois et moins de 24 mois suivant l'adhésion,
- 25% de la cotisation si le décès survient entre 24 mois et 36 mois suivant l'adhésion.

Toutefois, si l'adhérent est reconnu dépendant préalablement à son décès intervenu dans les trente-six mois suivant l'adhésion, les prestations perçues au titre de la garantie dépendance viennent en déduction du remboursement de la fraction de cotisation prévu ci-dessus et seront versées aux bénéficiaires désignés par l'adhérent.

S'il n'a procédé à aucune désignation, le remboursement de la fraction de cotisation prévu ci-dessus est attribué par parts égales aux enfants de l'adhérent et, à défaut, il sera versé dans l'ordre et par parts égales à ses parents, ses frères et ses sœurs, ou à défaut à ses héritiers.

La désignation peut être modifiée par acte sous seing privé ou par acte authentique adressée à Apivia Prévoyance.

ARTICLE 7 : AUGMENTATION ET DIMINUTION DE LA GARANTIE

7.1 Augmentation de la garantie

Au 1^{er} janvier de chaque année, l'adhérent remplissant les conditions énoncées à l'article 4.1 du présent contrat, a la possibilité de demander une augmentation des cotisations initialement choisies, dans la limite des montants de cotisations indiqués dans le certificat d'adhésion (cf. montants art. 6.2). A cet effet, il adresse auprès d'Apivia Prévoyance une demande de modification par lettre simple, deux mois avant l'échéance.

En cas d'acceptation de la demande d'augmentation par Apivia Prévoyance, celle-ci procède à l'établissement d'un avenant au certificat d'adhésion. La modification ne prend effet qu'à compter de l'encaissement du premier versement de la nouvelle cotisation.

En cas de refus de la demande d'augmentation des cotisations par Apivia Prévoyance, le montant de cotisations initialement fixé avant la demande d'augmentation reste applicable.

7.2 Diminution de la garantie

Au 1^{er} janvier de chaque année, l'adhérent a la possibilité de demander une diminution des cotisations initialement choisies, dans la limite des montants de cotisations indiqués dans le certificat d'adhésion. A cet effet, il adresse à Apivia Prévoyance une demande de modification par lettre simple, deux mois avant l'échéance.

En pareil cas, Apivia Prévoyance procède alors à l'établissement d'un avenant au certificat d'adhésion. La modification ne prenant effet qu'à compter de l'encaissement du premier versement de la nouvelle cotisation.

ARTICLE 8 : LES PRESTATIONS

8.1 Calcul, montant de la rente dépendance

En cas de reconnaissance de l'état de dépendance totale ne relevant pas de l'une des exclusions décrites à l'article 11 le présent contrat garantit le versement d'une rente dépendance, dont le montant annuel est égal au produit du cumul des unités de rente dépendance inscrites au compte de l'adhérent, tout au long de son adhésion, par la valeur de service de l'unité en vigueur à la date de versement de la rente.

Le cumul des unités de rente dépendance inscrites au compte de l'adhérent peut être réduit dans les conditions de l'article 5.2.3

En cas de reconnaissance de l'état de dépendance partielle, ne relevant pas de l'une des exclusions décrites à l'article 11 du contrat, le montant de la rente est égal à 25 % de celle garantie en cas de dépendance totale.

8.2 Délais, date d'effet et modalités de paiement

Dans le cas où l'état de dépendance est constaté par le médecin conseil de l'assureur ou suite à la procédure de conciliation, la rente dépendance est versée mensuellement à terme à échoir, à compter du mois suivant la notification de l'état de dépendance.

Le premier versement prend en compte les arrérages échus depuis la date d'ouverture du droit à prestations jusqu'au dernier jour du mois précédant ce premier versement.

Lorsque l'état de dépendance de l'adhérent est reconnu par le médecin conseil de l'assureur, c'est-à-dire en l'absence de classement de l'adhérent suivant la grille AGGIR, effectué dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), ou

d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer, la date d'ouverture du droit à prestations au sens de l'alinéa précédent, est fixée au premier jour du mois suivant la date du premier certificat médical visé à l'article 8.3 de la présente notice, sans pouvoir être antérieur de plus de 6 mois à la date du second certificat médical.

En revanche, lorsque l'adhérent est reconnu dépendant par le médecin conseil de l'assureur, suite à un premier refus, ou dans le cadre de la procédure de conciliation prévue à l'article 3.4 de la présente notice, la date d'ouverture du droit à prestations prise en compte pour le calcul du premier arrérage de rente est la date de reconnaissance de l'état de dépendance fixée par le médecin conseil de l'assureur, telle que prévue à l'article 3.3 de la présente notice, ou par le médecin expert.

Le versement de la rente dépendance est intégralement maintenu tant que l'adhérent demeure dans un état de dépendance au sens de la présente notice dans les conditions de l'article 3.1 de la présente notice.

8.3 Les formalités à remplir pour les demandes de liquidation des prestations

8.3.1 En l'absence de classement de l'adhérent suivant les groupes 1 et 2 de la grille AGGIR, effectué dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer, ou en cas de classement groupe 3 de l'AGGIR, l'adhérent qui sollicite la liquidation de la prestation, ou toute autre personne de son entourage (représentant légal ou désigné) doit obligatoirement adresser à l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception, les pièces justificatives suivantes, précisant l'état de dépendance de l'adhérent :

- formulaire de demande de prestations signé de l'adhérent ou de son représentant légal ou désigné ;
- l'imprimé type (Déclaration de dépendance) fourni par l'assureur et rempli par le médecin traitant ou un médecin gériatologue, transmis sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'assureur ;
- un deuxième imprimé type (Déclaration de dépendance) établi par autre médecin à au moins trois mois d'intervalle du premier certificat médical et portant sur le même objet ;
- relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire.

Outre les justificatifs prévus ci-dessus, l'assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier.

8.3.2 En cas de classement de l'adhérent suivant la grille AGGIR, effectué dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer, la demande de liquidation est effectuée auprès de l'assureur au moyen d'un dossier à constituer du formulaire de demande de prestations signé de l'adhérent ou de son représentant légal ou désigné et des pièces justificatives suivantes :

- tous documents certifiant l'attribution d'une prestation dépendance par les pouvoirs publics et indiquant le groupe iso-ressources ;
- l'imprimé type (Déclaration de dépendance) fourni par l'Assureur et rempli par le médecin traitant ou un médecin gériatologue, transmis sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'assureur ;
- relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire.

En cas de mise sous tutelle ou curatelle : l'adhérent doit remettre une copie certifiée conforme du jugement nommant le représentant légal du bénéficiaire.

L'Assureur se réserve la faculté de demander toute autre pièce complémentaire nécessaire à la constitution du dossier, au regard notamment des exclusions prévues à l'article 11 de la présente notice.

8.4 Cas de suspension et de cessation du paiement des prestations

La rente cesse d'être due à compter du 1^{er} jour du mois suivant :

- le décès de l'adhérent, sans prorata d'arrérage au décès ;
- la cessation de l'état de dépendance, sans préjudice pour l'adhérent du droit de solliciter à nouveau le bénéfice des prestations, en cas de rechute. Dans ce cas, la procédure applicable pour le bénéfice des prestations est celle prévue à l'article 8.3 de la présente notice.

Le bénéficiaire de la rente dépendance (ou son représentant légal) doit, au 1^{er} janvier de chaque année, renvoyer le certificat de suivi de l'état de dépendance adressé par l'assureur, dûment renseigné. A défaut de sa production, le versement de la rente dépendance est suspendu.

Par ailleurs, les prestations cessent, en tout état de cause, à la date de décès du bénéficiaire.

8.5 Revalorisation des rentes

La rente dépendance en cours de service est revalorisée annuellement en fonction de la progression de la valeur de service de l'unité de rente dépendance.

ARTICLE 9 : LES OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

L'adhérent s'oblige à :

- payer les cotisations selon les modalités convenues dans le Bulletin d'adhésion.
- répondre exactement aux questions posées, tant par écrit que par oral, par l'assureur ou Apivia Prévoyance, et lui remettre tout document de nature à faire apprécier les risques pris en charge par ces dernières. En apposant sa signature dans le Bulletin d'adhésion, l'adhérent confirme l'exactitude des éléments figurants dans celui-ci.

ARTICLE 10 : DÉDUCTIBILITÉ FISCALE DES COTISATIONS DE L'ADHÉRENT « LOI MADELIN »

Le contrat « Garantie Dépendance » est éligible à la Loi Madelin.

L'Adhérent T.N.S. (Travailleur Non Salarié) qui souhaite bénéficier des possibilités de déductibilité fiscale de ses cotisations prévues dans le cadre de la « Loi Madelin » devra être à jour de ses cotisations aux régimes obligatoires (base et complémentaires) dont il relève, lors de la souscription et à chaque renouvellement du contrat.

Une attestation indiquant le montant des cotisations déductibles sera systématiquement adressée chaque année à l'ensemble des TNS (hors agricoles). Il lui appartiendra de procéder ou non à la déduction de ces cotisations de son revenu professionnel (dans la limite du plafond légal en vigueur).

ARTICLE 11 : EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement, les sinistres de l'adhérent résultant :

- des tentatives de suicide ;
- des accidents, blessures, mutilations ou maladies provoqués intentionnellement par l'adhérent, son représentant, ou un membre de sa famille ;
- de l'usage de stupéfiants, tranquillisants ou de produits toxiques non ordonnés médicalement ;
- de l'alcoolisme chronique ;
- de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, de rixes, d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent a pris une part active, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- de la transmutation du noyau de l'atome, directement ou indirectement ;
- de risques aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, raids, vols d'essai, vols sur prototype, vols effectués avec un deltaplane ou un engin ULM, sauts effectués avec un élastique, un parachute ou un parapente, ou avec tout autre matériel équivalent, s'ils ne sont pas homologués ; navigation aérienne lorsque l'adhérent se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée ;
- de risques provenant de l'usage de véhicules à moteur, encourus à l'occasion de compétitions, ou de rallyes de vitesse.

ARTICLE 12 : PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque garanti, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils ont ignoré l'évènement jusque-là.

Conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du code des assurances, la prescription peut être interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption,
- la désignation d'un médecin expert à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par Apivia Prévoyance à l'adhérent en cas de défaut de paiement des cotisations et par l'adhérent à l'assureur ou à Apivia Prévoyance en ce qui concerne le règlement des prestations.

ARTICLE 13 : RÉCLAMATIONS

En cas de réclamation, l'adhérent adresse sa demande, par courrier postale, au Service Clientèle OCIRP Vie, 17 rue de Maignan, CS 50 003, 75008 PARIS.

Ce dit service prendra donc en charge la réception des réclamations émises par l'adhérent en cas de besoin, et relevant du présent contrat OCIRP Vie reste en charge de la gestion et du traitement des réclamations en tant qu'assureur de la garantie dépendance.

ARTICLE 14 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

En souscrivant au présent contrat, l'adhérent est protégé par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la Loi n°2004-801 du 6 août 2004.

En effet, l'adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage d'Apivia Prévoyance, de l'assureur, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :

Apivia Prévoyance - 29 rue des Granges Galand - 37550 Saint-Avertin.

NOTICE D'INFORMATION ASSISTANCE

« Garantie Dépendance »

DOMAINE D'APPLICATION

BÉNÉFICIAIRE

La présente notice d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance dont peuvent prétendre les bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente convention :

- le bénéficiaire du contrat « Garantie Dépendance » souscrit auprès d'OCIRP VIE ;
- et ses proches.

PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que le contrat « Garantie Dépendance » assuré auprès d'OCIRP VIE.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par le bénéficiaire auprès d'OCIRP VIE par l'intermédiaire d'Apivia Prévoyance, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La couverture géographique d'assistance est valable au domicile, pour l'assistance et l'accompagnement des aidants en France métropolitaine, Monaco et DROM¹.

FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance s'appliquent dans un cadre préventif ou à la suite de faits générateurs, tels que définis dans votre contrat. Ils sont définis dans la notice d'information et peuvent être les suivants :

- une hospitalisation,
- l'épuisement d'un aidant,
- le décès d'un bénéficiaire,
- une perte d'autonomie ayant été évaluée ou reconnue,
- une immobilisation, survenant au bénéficiaire.

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, dans le respect des conditions d'attribution. Les prestations d'informations, de soutien social ou psychologique, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Pour contacter l'Assisteur sans interruption, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

(Accès direct au service du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 18 h 30)

Par téléphone : N° Cristal : 09 69 32 96 82 (Appel non surtaxé)

Par télécopie : 02 51 83 26 31

Télécopie Médecin Conseil : 02 40 44 43 00

Pour les adhérents résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger, par téléphone : 00 33 9 69 32 96 82

Sans oublier de préciser vos nom, prénom, date de naissance et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les dix jours (10 jours) qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Le bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties. Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales.

EXÉCUTION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire n'est remboursée par l'Assisteur.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidées par les organismes primaires d'urgence et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

¹ Pour les DROM, le bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

Dès l'appel de l'un des bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats.

L'Assisteur ne participe pas aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.

Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage...).

Dans le cadre de l'Assistance à domicile, en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, dès l'appel de l'un des bénéficiaires, pour répondre au plus vite à la demande. Toutefois, l'Assisteur se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

DÉFINITIONS

Pour l'application de la présente notice, on entend par :

Aidant : personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du bénéficiaire. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.

Animaux familiers de compagnie : sont considérés comme animaux familiers de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de deux animaux par bénéficiaire.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le bénéficiaire se trouve.

Adhérent : personne physique ayant adhéré au contrat « Garantie Dépendance ».

Bénéficiaire : la personne ayant adhéré à titre individuel au contrat « Garantie Dépendance » souscrit auprès d'OCIRP VIE et ses ayants droit.

Centre de convalescence : les centres de convalescence sont des structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de suite et de réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

Complément AEEH (Allocation d'éducation d'un enfant handicapé) : complément accordé pour compenser la cessation ou réduction d'activité professionnelle d'un parent ou l'embauche d'une tierce personne.

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé du bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'accomplir sans l'aide d'une tierce personne certains actes élémentaires et essentiels de la vie courante (se nourrir, se déplacer, s'habiller, satisfaire à son hygiène corporelle). La dépendance peut être partielle ou totale, temporaire ou définitive.

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire par domicile principal, on entend le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayant droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent adhérent.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

DROM (Département et Région d'Outre-Mer) : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du bénéficiaire en France, à plus de 50 km de son domicile, la prise en charge du bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Établissement de soins : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans vos conditions générales.

Ils peuvent être les suivants :

- une hospitalisation ;
 - l'épuisement d'un aidant ;
 - le décès d'un bénéficiaire ;
 - une perte d'autonomie ayant été évaluée ou reconnue ;
 - une immobilisation ;
- survenant au bénéficiaire.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

GIR (Groupe iso-ressource) : déterminé par la grille d'évaluation Aggir (Autonomie, gérontologique, groupes iso-ressources) des capacités de la personne âgée à accomplir certaines activités.

Grossesse pathologique : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. Ne sont pas considérés comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle le bénéficiaire ne peut disposer d'aucun soutien de proximité. La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Membre de la famille : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du bénéficiaire.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ».

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteuse afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Présence responsable : Une heure de présence responsable est une heure de travail durant laquelle le salarié à domicile peut utiliser son temps pour lui-même tout en restant vigilant pour intervenir si nécessaire.

PCH (Prestation de compensation du handicap) : c'est une aide permettant la prise en charge de dépenses liées au handicap (aide humaine, matérielle, animale...).

Proche : les ascendants et descendants au premier degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur de l'adhérent ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le bénéficiaire.

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 km) et dans la limite de 500 € pour les transports en France métropolitaine, Monaco ou dans les DROM. L'Assisteuse est seul décisionnaire du moyen utilisé.

SERVICE D'INFORMATION DE SOUTIEN DISPONIBLE EN TOUT TEMPS

Le service de renseignements téléphonique apporte une aide et des conseils dans les domaines de la vie courante et en matière de santé.

INFORMATION JURIDIQUE

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

- réglementaire,
- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/allocations/retraites,
- fiscalité,
- famille,
- pratique,
- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 h. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Le soutien est réalisé par des psychologues cliniciens, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels, généralement limités à 10 par année civile.

Un soutien destiné aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs est proposé dans les situations suivantes : difficulté scolaire, situation de harcèlement ou agression, conduites à risques, souffrance psychologique... Après évaluation du psychologue et adhésion du bénéficiaire, un suivi thérapeutique de proximité peut être organisé.

En cas d'aléas de santé, un soutien peut être proposé à l'adhérent ou à son ayant droit pour des problématiques telles que : annonce d'un diagnostic, traitement, évolution de la maladie, image de soi, gestion des douleurs, répercussions sur la vie conjugale, familiale et professionnelle.

Un soutien spécifique est assuré en cas de difficultés professionnelles telles que :

- risques psychosociaux,
- état de stress au travail,
- situation d'agression et de violence,
- épuisement...

ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

L'accompagnement est réalisé par des assistantes sociales ou conseillères en Économie sociale et familiale sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels.

Des informations destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur les thèmes suivants : cursus scolaire et universitaire, entrée dans la vie active, accès aux droits, gestion d'un budget, logement...

Le service social peut vous aider et vous informer dans les domaines suivants :

- aide au budget : bilan de la situation (ressources, charges, endettement, surendettement), recherche de solutions pour équilibrer le budget,
- soutien à la parentalité : mode de garde, coparentalité, nutrition, relations familiales et conjugales,
- soutien en cas d'aléas de santé : aide à domicile, adaptation du logement et/ou du poste de travail, ouverture de droits (invalidité, handicap, retraite...),
- aide au départ à la retraite : démarches administratives, projection budgétaire, investissement d'un nouveau rôle social.

Un conseil personnalisé concernant les Services à la personne peut être prodigué pour :

- trouver l'organisme (aide à domicile, aide aux familles, aide aux déplacements...),
- constituer des dossiers de demande de financement (Caisses de retraite, APA, aide sociale...),
- rechercher, si la situation le justifie, une aide au financement des restes à charge.

En cas de décès, le proche pourra bénéficier d'un accompagnement social pour :

- réaliser les démarches administratives,
- rechercher des aides pour le financement des obsèques,
- faciliter une nouvelle organisation de la famille.

APPELS DE CONVIVIALITÉ

Ces entretiens sont animés par un écoutant social dans la limite de dix par année civile. Ils ont vocation à rompre l'isolement et à faciliter la restauration d'une vie sociale.

Ces entretiens visent à créer un cadre d'échange bienveillant et en s'appuyant sur les centres d'intérêt du bénéficiaire afin de le mobiliser pour retrouver une vie sociale sur son territoire de vie.

CONSEILS ET INFORMATIONS MÉDICALES

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale.

L'Assisteuse ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (Samu, 15, 112 depuis un téléphone portable).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que : IST, MST, contraception, IVG, hygiène de vie (consommations d'alcool, tabac, alimentation...).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales...

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos de :

- maladies professionnelles,
- TMS,
- RPS,
- bilans de santé...

ACCÈS A UN SITE INTERNET

L'Assisteur met à disposition des comptes utilisateurs pour l'application Mon Âge Village permettant au bénéficiaire, selon son profil et son secteur d'habitation, de recevoir des informations personnalisées, actualisées et évolutives :

- portail d'informations et d'actualités, accès à des services et boutiques en ligne,
- application web d'informations géolocalisées et personnalisées avec possibilité de renvoi vers l'Assisteur pour un contact avec des professionnels.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS

BILAN PSYCHOSOCIAL DE LA SITUATION

À tout moment, l'aidant peut solliciter l'expertise de l'équipe pluridisciplinaire pour faire le point sur la situation. À l'issue de cet entretien, un accompagnement téléphonique sera proposé :

- pour un soutien moral par des psychologues cliniciens dans la limite de dix entretiens par année civile,
- pour une aide aux démarches sociales avec des assistantes sociales,
- pour une aide à la gestion du quotidien avec des conseillères en économie sociale et familiale,
- pour des appels de convivialité par un écoutant social.

Les professionnels de l'équipe sont soumis à la confidentialité et le coût des accompagnements est pris en charge par l'Assisteur.

SOULAGER L'AIDANT

L'adhérent aidant d'un membre de sa famille reconnu en GIR 4 pourra bénéficier des prestations d'assistance préventive dans la limite d'une fois pendant la durée du contrat et des prestations d'assistance en cas de situation de crise uniquement pour le fait générateur hospitalisation/immobilisation de l'aidant.

L'adhérent aidant d'un membre de sa famille (au sens de la notice d'information) reconnu en GIR 3, 2 ou 1 ou bénéficiaire d'un complément AEEH ou d'une Prestation de compensation du Handicap pourra bénéficier des prestations d'assistance préventive à raison d'une prestation au choix par année civile et des prestations d'assistance en cas de situation de crise en fonction du fait générateur.

Est considérée comme aidant une personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne.

À tout moment, l'aidant peut solliciter l'expertise de l'équipe pluridisciplinaire pour un bilan psychosocial personnalisé. Un accompagnement pourra être initié à cette occasion chaque fois que nécessaire.

Les prestations qui suivent seront proposées dans le cadre d'un accompagnement psychosocial.

Assistance préventive

Prévention de l'épuisement de l'aidant

L'Assisteur organise et prend en charge sur justificatif (facture au sens de la Notice d'information) à hauteur d'une enveloppe financière maximum de 200 euros soit :

- une session de formation sur le rôle d'aidant, les gestes et postures, et la compréhension de la pathologie (en fonction de l'existant sur le secteur d'habitation),
- l'acquisition de matériel paramédical ou aides techniques adaptés,
- Une session de médiation avec un professionnel titulaire d'un diplôme d'État.

Santé et bien-être de l'aidant

L'Assisteur organise et prend en charge sur justificatif (facture au sens de la Notice d'information) soit l'accès à :

- une activité physique adaptée à domicile ou dans un club, à concurrence d'un maximum de trois séances,
- du conseil médical par téléphone,
- du conseil nutrition par téléphone.

Soutien pour la vie quotidienne

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge soit :

- la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et l'abonnement pour une durée maximale de trois mois,
- l'accès à un soutien moral entre pairs par l'inscription à une association,
- le financement d'un suivi psychothérapeutique en libéral à hauteur de trois séances,
- l'accès à un réseau d'entraide et d'échanges par le financement de l'inscription le cas échéant.

Soutien pour la conciliation vie professionnelle et vie privée

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'une présence responsable et son financement à hauteur d'un maximum de 24 heures,
- la mise en place d'un portage de repas et son financement à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été prise en charge pour la présence responsable.

En cas de situation de crise

Empêchement de l'aidant lié à son état de santé

Pendant l'hospitalisation de plus de 48 heures ou l'immobilisation de plus de quatre jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'Assisteur prend en charge sur justificatif (certificat médical + facture au sens de la Notice d'information), à hauteur d'une enveloppe financière maximum 200 euros soit :

- une prestation d'aide à domicile,
- une prestation de bien-être (séance(s) de coiffure à domicile ou de pédicure, prestation(s) de livraison de courses alimentaires, service(s) de portage de repas, entretien(s) du linge, séance(s) de coaching santé, coaching nutrition),
- l'organisation et le financement du transport d'un proche au domicile si l'aidant partage habituellement le domicile de la personne aidée,
- l'organisation et le financement partiel d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles.

Épuisement de l'aidant

Dans la limite d'une fois par année civile, en cas de situation d'épuisement de l'aidant détectée dans le cadre de l'accompagnement du pôle et confirmée par certificat médical, l'Assisteur prend en charge sur justificatif (certificat médical + facture au sens de la Notice d'information) soit :

- une prestation de garde de nuit à domicile dans la limite de 200 €,
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit,
- l'organisation d'un accueil de jour, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit.

Décès de la personne aidée

En cas de décès de la personne aidée et sur présentation de l'acte de décès, l'Assisteur prend en charge soit :

- l'organisation des obsèques, les frais restant à la charge de l'adhérent,
- le coût de l'inscription annuelle à une association permettant de réactiver les liens sociaux,
- l'aide aux démarches et formalités administratives liées au décès,
- l'accès à du conseil pour la gestion du budget et l'organisation du quotidien,
- l'accès à un service d'écoute afin d'apporter une prise en charge psychologique assurée par un psychologue,
- la mise en relation avec un biographe et une prise en charge à hauteur de 200 euros.

FAVORISER L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE DÉPENDANTE

L'adhérent n'ouvrant pas droit à la rente OCIRP VIE mais reconnu en GIR 4 pourra bénéficier des prestations d'assistance préventive dans la limite d'une fois et des prestations d'assistance en cas de situation de crise dans la limite d'une fois par année civile.

L'accès aux prestations d'assistance préventive à raison d'une prestation au choix par année civile et aux prestations d'assistance en cas de situation de crise en fonction du fait générateur est soumis à l'ouverture du droit à la rente par OCIRP VIE.

Est considérée comme dépendante une personne étant dans l'impossibilité d'accomplir sans l'aide d'une tierce personne certains actes élémentaires et essentiels de la vie courante (se nourrir, se déplacer, s'habiller, satisfaire à son hygiène corporelle). La dépendance peut être partielle ou totale, temporaire ou définitive.

À tout moment, la personne dépendante peut solliciter l'expertise de l'équipe pluridisciplinaire pour un bilan psychosocial personnalisé. Un accompagnement pourra être initié à cette occasion chaque fois que nécessaire. Les prestations qui suivent seront proposées dans le cadre d'un accompagnement psychosocial.

Assistance préventive

Santé et bien-être

L'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif de la facture au sens de la Notice d'information) soit :

- l'accès à une activité physique adaptée à domicile, à concurrence d'un maximum de trois séances,
- l'accompagnement aux rendez-vous médicaux dans la limite de six heures et à moins de 50 km du domicile,
- des séances de psychomotricité (sur prescription médicale) à domicile à hauteur de trois séances,
- l'accès à du conseil nutrition par téléphone,
- orientation vers des ateliers collectifs de prévention : alimentation, sommeil, prévention des chutes,
- un accompagnement aux projets de vacances adaptées et son financement partiel à hauteur de 200 euros,
- sensibilisation à la gestion de la douleur par l'initiation à la relaxation avec un psychologue par téléphone,
- l'accès à du conseil médical par téléphone.

Soutien pour la vie quotidienne

L'Assisteur organise et prend en charge soit :

- la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et l'abonnement pour une durée maximale de trois mois,
- le soutien d'un psychologue par téléphone visant à diminuer les impacts psychologiques de la perte d'autonomie,
- la mise en place de visites à domicile pour maintenir le lien social,
- l'initiation aux nouveaux outils de communication à hauteur de trois séances.

Aménagement du logement

L'Assisteur organise et prend en charge :

- le diagnostic à domicile d'un ergothérapeute dans la limite de 200 €,
- un accompagnement pour la mise en œuvre des travaux.

En cas de situation de crise

Dégradation de la santé de la personne aidée

En cas de sortie d'hospitalisation de plus de quatre jours de la personne dépendante qui engendre une diminution de ses capacités attestées médicalement, l'Assisteur prend en charge (sur justificatif de la facture au sens de la Notice d'information) soit :

- une prestation d'aide à domicile à concurrence d'un maximum de 10 heures sur 15 jours,
- une prestation de bien-être ou de soutien à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile : séance(s) de coiffure à domicile ou de pédicure, prestation(s) de livraison de courses alimentaires, service(s) de portage de repas, entretien(s) du linge, séance(s) de coaching santé, coaching nutrition,
- une prestation de garde de nuit à domicile à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile,
- un accompagnement pour des consultations ou examens médicaux en cas d'impossibilité pour le bénéficiaire de se rendre seul sur son lieu d'examen dans la limite de six heures et à moins de 50 km du domicile,
- la garde des animaux familiers (chiens, chats), pendant 30 jours et dans la limite de 200 €,
- un accompagnement du projet d'entrée en établissement (recherche d'établissement, estimation du coût de l'hébergement, organisation de la visite),
- une médiation avec un professionnel titulaire d'un diplôme d'État, dans la limite de trois séances.

CADRE JURIDIQUE

ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union technique d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin – BP 62127 – 44121 Vertou Cedex

CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES

Comportement abusif

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire du contrat. L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou une partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement. Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance. En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non-remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

Responsabilité

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur. L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique. L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales. L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

Circonstances exceptionnelles

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES PRESTATIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire, ceux résultants de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou produits médicamenteux non prescrits par un médecin,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fut-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

NULLITÉ DE LA PRESTATION

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation. En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

RECOURS

Le bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

SUBROGATION

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant de l'exécution des présentes conditions générales sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, et ce, conformément aux conditions déterminées par les articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assisteur en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du bénéficiaire contre l'Assisteur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le bénéficiaire ou a été indemnisé par celui-ci.

ATTRIBUTION DE JURIDICTION

Tout différend touchant à l'interprétation ou à l'exécution des présentes conditions générales sera porté devant le tribunal compétent du siège social de l'Assisteur.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

L'Assisteur dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les dossiers d'assistance. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des services concernés de l'Assisteur et ne peuvent être communiquées qu'aux autres destinataires suivants : prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, tout bénéficiaire peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations le concernant, en s'adressant à Ressources Mutuelles Assistance, dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, à l'adresse du siège social : 46, rue du Moulin – BP 62127 – 44121 Vertou Cedex.

RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter Ressources Mutuelles Assistance, Direction des Opérations, dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, à l'adresse du siège social : 46, rue du Moulin – BP 62127 – 44121 Vertou Cedex. Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de faire appel au médiateur dont les coordonnées lui seront alors communiquées par Ressources Mutuelles Assistance et ceci, sans préjudice des autres voies d'action légales.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) – 61, rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

POUR CONTACTER L'ASSISTANCE

RESSOURCES
MUTUELLES
ASSISTANCE **rma**



 **N°Cristal** 09 69 32 96 82

APPEL NON SURTAXE