

CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT

« EQUILIBRE SANTÉ Plus à partir de 55 ans »

VALANT NOTE D'INFORMATION

À CONSERVER PAR L'ASSURÉ

CENTRE DE GESTION

Adresse de correspondance : Apivia Santé - 108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 TOURS Cedex 2 - Tél. 02 47 70 40 70 - Fax : 02 47 70 40 75 - Email : sante.contact@apivia-courtage.fr

SAS au capital de 1 500 000 €, dont le siège social est situé 7 rue Saint-Jacques 86100 CHÂTELLERAULT - RCS n° 391 897 261 - ORIAS n° 07 019 262.

L'ORGANISME ASSUREUR

Apivia Mutuelle, dont le siège social est situé 45 à 49 av. Jean Moulin 17000 LA ROCHELLE, Mutuelle régie par la loi II du code de la mutualité, immatriculée sous le n°SIREN 775 709 710.

Tél. 05 46 45 04 04 - Fax 05 46 31 13 95

www.apivia.fr

Le contrat groupe à adhésion facultative, dénommé « EQUILIBRE SANTÉ Plus à partir de 55 ans », est souscrit par l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA, association régie par la loi du 1er 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 est à Tours (Indre-et-Loire), 108 rue Ronsard, auprès d'Apivia Mutuelle sise à La Rochelle, 17000, 45-49 avenue Jean Moulin, soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite sous le numéro SIREN 775 709 710, dénommée ci-après « L'ORGANISME ASSUREUR ».

La distribution et la gestion ont été déléguées à Apivia Santé, dénommée ci-après le « CENTRE DE GESTION », SAS au capital 1 500 000 €, dont le siège social est à Châtellerault (86100), 7 rue Saint-Jacques, enregistrée au RCS de Poitiers sous le n° 391 897 261, société de courtage d'assurances, ayant garantie financière et assurance de responsabilité civile conforme aux articles L 530-1 et L 530-2 du code des assurances, immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 019 262 : www.oriass.fr.

Le présent contrat a été élaboré dans le respect des statuts et du règlement mutualiste de l'ORGANISME ASSUREUR.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA.

Il est soumis au droit français et régi par le code de la mutualité ou de la sécurité sociale, ou par des organismes d'assurance habilités relevant du code des assurances, ainsi que par les statuts de l'ORGANISME ASSUREUR.

L'autorité chargée du contrôle de ces organismes à l'exception de l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA, est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif au contrat d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dit « contrat responsable » issu de l'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 et de ses décrets d'application.

En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement du présent contrat seront automatiquement adaptés pour chacune des adhésions, en fonction des évolutions législatives et réglementaires, régissant les « contrats responsables » qui pourraient intervenir ultérieurement.

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

1-1 Le contrat « EQUILIBRE SANTÉ Plus à partir de 55 ans » a pour objet, selon les présentes conditions générales, et en fonction de l'option choisie, de compléter dans la limite maximum des frais réellement exposés, les prestations versées à l'occasion d'une maladie ou d'un accident par la Sécurité Sociale dont relève l'assuré et/ou le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) du contrat.

1-2 Le contrat « EQUILIBRE SANTÉ Plus à partir de 55 ans » offre le choix entre quatre options 100, 125, 150, 200 dont les garanties et prestations figurent sur le tableau de prestations de l'annexe I qui fait partie intégrante des conditions générales du présent contrat.

1-3 La validité des garanties et dispositions du contrat « EQUILIBRE SANTÉ Plus à partir de 55 ans » s'exercent, sauf dérogation expresse, sur tout le territoire national, départements d'outre-mer inclus. Les garanties sont étendues aux maladies et accidents survenus à l'étranger, dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu aux remboursements par la Sécurité Sociale dont dépend l'assuré. En cas d'hospitalisation à l'étranger, les frais de séjours seront calculés sur la base des remboursements en établissements non conventionnés.

1-4 Sont adossées en inclusion sur le contrat « EQUILIBRE SANTÉ Plus à partir de 55 ans », conformément à l'article L 221-3 du code de la mutualité :

• Une garantie « AVANTAGE FIDÉLITÉ » qui a pour objet l'amélioration :

Du poste dentaire

Les remboursements des prothèses dentaires et de l'orthodontie remboursables par la Sécurité Sociale, sont majorés à compter de la date anniversaire du contrat, de 25% à chaque échéance anniversaire en complément du montant souscrit et jusqu'à hauteur maximum de 75% la 4^{ème} année. Le bonus « Avantage fidélité » s'applique à chaque membre inscrit au contrat.

Du poste optique

Les remboursements des frais liés à l'achat de verres remboursés partiellement par le régime obligatoire sont majorés à compter de la date anniversaire du contrat de 25 euros à chaque échéance anniversaire en complément du forfait souscrit et jusqu'à hauteur maximum de 75 euros la 4^{ème} année. Le bonus « Avantage fidélité » s'applique à chaque membre inscrit au contrat.

Cette garantie est souscrite par l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA auprès de l'ORGANISME ASSUREUR.

• Une garantie « ASSISTANCE » souscrite auprès d'IMA ASSURANCES, SA au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris, 79 000 NIORT, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

• Une garantie protection juridique « RECOURS MÉDICAL » souscrite auprès de MATMUT PROTECTION JURIDIQUE, SA à directoire et conseil de surveillance au capital de 7 500 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège est situé 66 rue de Sotteville, 76 100 ROUEN, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Rouen sous le numéro 423 499 391 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

• Une garantie « INDIVIDUELLE SENIORS » (INVALIDITÉ PERMANENTE PAR ACCIDENT ET AIDE À LA VIE QUOTIDIENNE) pour les adhérents âgés de 55 ans minimum et de 89 ans maximum, souscrite auprès de la compagnie d'assurances ALBINGIA, SA au capital de 34 708 448,72 euros, RCS NANTERRE 429369309, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social est situé 109 rue Victor Hugo, 92300 LEVALLOIS PERRET, référencée sous le N° IA1100214.

• Une garantie « AVANTAGES SOUTIEN FINANCIER » dans le cadre de la perte d'emploi ou d'affectation de longue durée souscrite auprès de la société AVANTAGES (société de gestion et de courtage d'assurance et de réassurance) au capital de 152 000 euros (RCI MONACO 93502898), sise 2 rue de la Lujerneta, MONACO, 98000 et enregistrée sous le n° 8 427 369 auprès de la compagnie d'assurance COVEA FLEET, SA à directoire et conseil de surveillance au capital de 93 714 549 euros, 160 rue Henri Champion, 72 100 LE MANS, RCS B342 815 339, régie par le code des assurances.

Le détail des notices d'information valant conditions générales des garanties « Assistance », protection juridique « Recours médical », « Avantages Soutien Financier » et « Individuelle seniors » est reporté en suivant des présentes.

1-5 Les montants de remboursement sont exprimés en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité Sociale (base de remboursement) ou sous la forme d'un forfait.

Ces forfaits et montants de remboursement sont valables par année d'assurance à compter de la date anniversaire du contrat et par assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de l'option choisie.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euro.

ARTICLE 2 : ADHÉSION

2-1 Hormis l'appartenance à la Sécurité Sociale, et sous réserve des limites d'âge définies à l'article 4, aucune condition n'est requise pour adhérer au présent contrat.

2-2 L'adhésion s'effectue au moyen d'un bulletin d'adhésion sur lequel doivent figurer l'adresse du souscripteur, l'état civil, la profession, le numéro d'organisme d'affiliation et le numéro d'immatriculation de l'assuré et de chacun des bénéficiaires désignés.

La date d'adhésion souhaitée, l'option choisie ainsi que la fréquence et le mode de paiement des cotisations qui s'y rattachent, y sont également désignés.

ARTICLE 3 : BÉNÉFICIAIRES

Sous réserve des limites d'âge visées à l'article 4, l'assuré souscripteur peut désigner comme bénéficiaire(s) des garanties de son contrat, son conjoint ou concubin, ou la personne avec laquelle il est « pacsé », ainsi que les enfants jusqu'à leur vingtième anniversaire par dérogation à la règle de la Sécurité Sociale.

Les enfants ayants droit ne peuvent adhérer seuls, et sont obligatoirement rattachés à l'adhérent principal ou à son conjoint pour le bénéfice des garanties.

Par dérogation, et pour simplifier la souscription, les enfants de plus de 20 ans peuvent être enregistrés sur le bulletin d'adhésion des parents, en tenant compte de la cotisation liée à leur âge, mais ne rentrent pas dans la règle de la gratuité.

ARTICLE 4 : LIMITES D'ÂGE À L'ADHÉSION

Les adhésions peuvent être souscrites sans limite d'âge.

ARTICLE 5 : DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

5-1 La date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion ; elle est toujours fixée au premier jour du mois en cours, si l'adhésion est réceptionnée au plus tard le 15 du mois et reportée au 1er du mois suivant passé ce délai. La date valant date de souscription et celle qui sera prise en compte à la fin du délai de renonciation, est celle portée à la signature de l'adhésion et ce, indépendamment de la date d'effet.

5-2 Une adhésion en cours de mois, avec prise d'effet immédiate, est assortie du paiement intégral de la cotisation mensuelle. Sa date d'effet sera par conséquent fixée rétroactivement au premier jour du mois concerné, en sorte que les garanties, sous réserve toutefois des dispositions de l'article 12, entreront en vigueur le même jour, pour des soins bien évidemment prescrits à partir de cette même date.

5-3 En aucun cas, les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ne pourront être pris en considération et ne donneront donc pas lieu à un quelconque remboursement. Les garanties santé (hors autres garanties incluses ou annexes) seront acquises pour tout événement, soudain, imprévisible ou accidentel survenu entre la date de souscription et la date d'effet du contrat, dès lors que l'adhérent justifie d'une absence de garanties dans la période concernée et seulement pour des dossiers réceptionnés entre le 15 et le dernier jour du mois avec une prise d'effet au 1er du mois suivant.

5-4 D'une manière générale, les garanties du contrat entrent en vigueur à partir de la date d'effet de l'adhésion, telle que figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 12 et les droits de l'adhérent hospitalisé à la date d'effet de l'adhésion ne sont ouverts que le lendemain suivant sa sortie d'hospitalisation, y compris en cas de transfert d'établissement.

ARTICLE 6 : DURÉE DE L'ADHÉSION – MODIFICATIONS

6-1 Les dispositions de cet article 6 reposent sur le fait qu'en matière de gestion, l'échéance principale du contrat « EQUILIBRE SANTÉ Plus à partir de 55 ans » est la date d'anniversaire du contrat.

6-2 Le contrat « EQUILIBRE SANTÉ Plus à partir de 55 ans » est souscrit pour une première période d'assurance de 12 mois à compter de la date d'effet, sans que l'assuré puisse faire valoir ses droits à résiliation.

6-3 Le contrat est ensuite tacitement reconduit chaque année à compter de la date anniversaire du contrat à l'exclusion de sa résiliation dans les conditions précisées à l'article 8.

6-4 Pendant la première période d'assurance de 12 mois, suivant la date d'effet de l'adhésion, l'assuré ne peut ni changer d'option, ni demander aucune réduction, augmentation ou extension de ses garanties sauf dans le cas d'un changement de domicile entraînant une modification tarifaire du contrat fixée par l'ORGANISME ASSUREUR. Dès que l'ORGANISME ASSUREUR a connaissance d'un événement, la modification du contrat est effectuée, soit pour l'extension des garanties au bénéfice d'enfants nouveau-nés, soit par la réduction de la cotisation, consécutivement au décès d'un bénéficiaire, ou par le changement de domicile.

6-5 Au renouvellement du contrat d'assurance, l'assuré peut faire procéder à toute modification de son contrat :

- Après un an minimum de souscription, à la date anniversaire du contrat.
- En cours d'année aux motifs suivants :

- changement de situation matrimoniale et familiale ;
- changement de régime matrimonial ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;
- changement de situation professionnelle ou de profession.

Ces modifications doivent faire l'objet d'une demande écrite accompagnée des justificatifs au moins un mois avant l'événement.

ARTICLE 7 : DROIT DE RÉTRACTATION

Dans le cadre d'une adhésion souscrite à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours à compter de la conclusion du contrat pour revenir sur sa décision et ce, conformément à l'art L 121-21 du code de la consommation.

Suivant les dispositions de l'article L 121-21-2 du code de la consommation, l'adhérent informe le CENTRE DE GESTION de sa décision de rétractation en lui adressant, avant l'expiration du délai de 14 jours, le formulaire de rétractation mis à disposition conformément à l'art L 121-17 du même code, ou toute autre déclaration, dénuée d'ambiguïté, exprimant sa volonté de se rétracter.

• La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et son éventuelle rétractation.

- En cas de rétractation, l'adhérent est informé que :
 - Si des prestations ont été versées, il s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 14 jours.
 - Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de 14 jours.

Vous trouverez ci-dessous les informations nécessaires à l'exercice de votre droit de rétractation (ANNEXE à l'article R. 121-2 du code de la consommation).

Vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat sans donner de motif dans un délai de quatorze jours.

Le délai de rétractation expire quatorze jours après le jour de la conclusion du contrat.

Pour exercer le droit de rétractation, vous devez nous notifier au CENTRE DE GESTION votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste, télécopie ou courrier électronique). Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de rétractation mais ce n'est pas obligatoire.

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que vous transmettiez votre communication relative à l'exercice du droit de rétractation avant l'expiration du délai de rétractation.

Effets de rétractation

En cas de rétractation de votre part du présent contrat, nous vous rembourserons tous les paiements reçus de vous, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours à compter du jour où nous sommes informés de votre décision de rétractation du présent contrat. Nous procéderons au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui que vous aurez utilisé pour la transaction initiale, sauf si vous convenez expressément d'un moyen différent ; en tout état de cause, ce remboursement n'occasionnera pas de frais pour vous.

Vous devrez nous retourner votre carte de tiers payant à l'adresse du CENTRE DE GESTION indiquée ci-dessous, et le cas échéant, nous rembourser les prestations versées, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard 14 jours après notre demande de remboursement ou de restitution, faisant suite à votre décision de rétractation.

MODÈLE DE FORMULAIRE DE RÉTRACTATION (ANNEXE à l'article R 121-1 du code de la consommation)

(Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat.)

A l'attention d'Apivia Santé, 108 rue Ronsard – CS 87323 – 37073 TOURS Cedex 2.

Je vous notifie par la présente ma rétractation de mon adhésion au contrat complémentaire santé _____

signé le : _____

Nom de l'adhérent : _____

Adresse de l'adhérent : _____

Si des cotisations ont été perçues :

- Je vous prie de me rembourser les cotisations, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie.

- Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Date : _____

Signature de l'adhérent :
(uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier).

ARTICLE 8 : RÉSILIATION

8-1 Eu égard à la loi EVIN n° 89-10009 qui dispose que les garanties délivrées revêtent un caractère viager, nonobstant l'article 2-1 et 11-5 des présentes conditions générales, l'assuré seul dispose de la faculté de résilier son contrat.

8-2 Le contrat collectif à adhésion facultative dénommé à l'article 1 n'entre pas dans le champ d'application de la Loi CHATEL n° 2005-67 du 28 janvier 2005, et la résiliation du contrat doit être demandée par lettre recommandée adressée au CENTRE DE GESTION, à la date anniversaire de la prise d'effet du contrat moyennant un préavis d'au moins deux mois (le cachet de la poste faisant foi).

Conformément à l'article L 221-6 du code de la mutualité, l'adhérent dispose, en cas de modification de ses droits et obligations dans le cadre du contrat collectif à adhésion facultative auquel il est rattaché, d'un délai d'un mois à compter de l'information reçue, pour dénoncer son adhésion en raison de cette modification.

Sous peine d'irrecevabilité l'adhérent doit :

- Formuler sa demande de résiliation par lettre recommandée et signée par lui-même, adressée au siège du CENTRE DE GESTION et accompagnée le cas échéant d'un justificatif et de la carte tiers payant en cours de validité.

8-3 Faculté de résiliation en cas de survenance d'un des événements suivants :

- décès ;
 - changement de domicile ;
 - changement de situation matrimoniale ;
 - changement de régime matrimonial ;
 - changement de profession ;
 - retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;
- il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification dans les conditions fixées par décret. Le CENTRE DE GESTION rembourse la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Toutefois, en cas de résiliation de l'adhésion pour cause de décès de l'adhérent, les cotisations échues et à échoir du mois dans lequel le décès a eu lieu sont de plein droit exigibles dans leur intégralité. La résiliation en cas de décès prendra effet au 1er jour du mois qui suit l'événement.

L'assuré retourne au CENTRE DE GESTION sa carte mutualiste de tiers payant en cours de validité.

8-4 Conséquence des résiliations sur le droit aux prestations :

Aucune prestation ne peut être servie pour des soins effectués après la date de radiation.

Dans le cas où l'assuré démissionnaire ou faisant l'objet d'une radiation pour non paiement est redevable envers l'ORGANISME ASSUREUR d'une dette de quelque nature que ce soit, l'ORGANISME ASSUREUR est habilité de plein droit à opérer des retenues d'office sur les prestations auxquelles l'assuré peut prétendre jusqu'à due concurrence.

ARTICLE 9 : CERTIFICAT D'ADHÉSION - TABLEAU DES GARANTIES - TIERS PAYANT

9-1 Passé les délais légaux de renonciation, l'assuré reçoit son certificat d'adhésion porteur des conditions particulières de son contrat : date d'effet de l'adhésion, échéance principale, nom de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, option choisie, détail des cotisations, éventuels délais d'attente ainsi que sa carte de tiers payant, sous réserve de l'encaissement des cotisations dues.

9-2 Seules sont accordées à l'assuré et/ou au(x) bénéficiaire(s), les garanties mentionnées à son certificat d'adhésion et dont le détail figure sur son tableau des garanties remis à la souscription.

9-3 Les accords de tiers payant entre l'ORGANISME ASSUREUR et certains professionnels de la santé, sur le territoire national, sont subordonnés aux éventuels accords locaux.

9-4 Sous peine de poursuites, l'usage de la carte de tiers payant n'est acquis aux assurés que s'ils sont à jour de leurs cotisations à la date d'utilisation de la carte.

ARTICLE 10 : OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

10-1 Ses garanties sont accordées à l'assuré à partir des informations qu'il s'engage à fournir de bonne foi en remplissant son bulletin d'adhésion. En cas de fausse déclaration et/ou de mauvaise foi avérée, le CENTRE DE GESTION ou l'ORGANISME ASSUREUR se réserve le droit d'annuler purement et simplement l'adhésion, les cotisations versées lui restant acquises.

10-2 En cours de contrat l'assuré s'engage, à informer immédiatement le CENTRE DE GESTION, par courrier, par télécopie, par courrier électronique -à l'exclusion d'appels téléphoniques- de la survenance de tous événements tels qu'un changement de nom, d'adresse, de situation matrimoniale, de coordonnées bancaires, de régime social, ou de la composition de la famille.

10-3 L'assuré qui cesse, pour quelque raison que ce soit, de bénéficier des garanties, s'engage à restituer immédiatement au CENTRE DE GESTION sa carte de tiers payant en cours de validité.

ARTICLE 11 : COTISATIONS

11-1 Détermination des cotisations

11-1-1 Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation globale représentant la somme des cotisations individuelles ou familiales dues par l'assuré, pour lui-même, et pour chacun des éventuels autres bénéficiaires du contrat.

Le tarif en vigueur de l'option choisie indique le montant des cotisations individuelles ou familiales en fonction de l'âge atteint et du lieu de domicile du souscripteur. Cet âge est déterminé par la différence entre le millésime de l'année de souscription et celui de l'année de naissance.

11-1-2 Dans le cadre d'une adhésion comportant la garantie d'un ou plusieurs enfants de l'adhérent principal ou de son conjoint, il n'est pas perçu de cotisation enfant à partir du 3ème.

11-1-3 Par dérogation à la règle de la Sécurité Sociale, les enfants immatriculés ou non conservent le bénéfice de la tarification enfant jusqu'à leur vingtième anniversaire. En suivant, ils sont considérés comme un adulte et adhèrent à titre individuel à un produit de la gamme, ou s'ils le souhaitent, restent sous le couvert du contrat des parents, en payant une cotisation liée à leur âge, sans notion de gratuité.

11-2 Ajustement des cotisations

A chaque date anniversaire du contrat, lorsque l'assuré et/ou les autres bénéficiaires passent dans la tranche d'âge supérieure, les cotisations individuelles sont ajustées pour tenir compte du nouveau tarif applicable au nouvel âge atteint.

Elles évoluent contractuellement à chaque échéance anniversaire du contrat, en fonction de l'âge des assurés.

Les cotisations peuvent varier en cas de changement de domicile du souscripteur ou de l'assuré, dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

11-3 Augmentation des cotisations

A chaque date anniversaire du contrat, et en application des décisions de l'assemblée générale de l'ORGANISME ASSUREUR, les cotisations du contrat « EQUILIBRE SANTÉ Plus à partir de 55 ans » peuvent subir une augmentation en fonction de ses résultats techniques fondée sur la consommation médicale de l'ensemble des assurés, et/ou en fonction de la « consommation médicale totale par habitant » publiée par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. L'augmentation des cotisations du contrat « EQUILIBRE SANTÉ Plus à partir de 55 ans » qui serait rendue nécessaire, soit consécutivement au changement des conditions de remboursements des régimes obligatoires, soit dans le prolongement de toute décision de l'Etat en matière légale ou fiscale, pourrait toutefois et pour sa part intervenir en cours d'année d'adhésion.

En cas de modification des remboursements du ou des régimes obligatoires, l'ORGANISME ASSUREUR se réserve toutefois le droit de maintenir les conditions de remboursement qui étaient les siennes avant ladite modification.

11-4 Paiement et fractionnement des cotisations

11-4-1 Les cotisations sont payables annuellement et d'avance, quinze jours avant le début de la période d'assurance. Les assurés reçoivent à chaque année d'assurance l'appel de cotisation correspondant, qui est affecté à la couverture des prestations complémentaires santé couvertes par les mutuelles dans les conditions prévues par l'article L 111-1 du code de la mutualité et par les organismes d'assurance pour les autres prestations souscrites par l'association ou l'ORGANISME ASSUREUR pour le compte de ses adhérents en conformité à l'article de ses statuts et à celui de l'article L 221-3 du code de la mutualité.

A ces cotisations s'ajoutent :

- Les impôts, taxes et contributions perçus par l'Etat ou par toutes autres collectivités publiques, et dont l'assiette est constituée des cotisations encaissées par les mutuelles et/ou, par les organismes d'assurance.

- Les cotisations spéciales destinées aux unions ou fédérations auxquelles adhèrent les organismes d'assurance, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.
- Les cotisations statutaires associatives.
- Les frais accessoires et éventuels frais de dossier.

11-4-2 Le paiement des cotisations peut toutefois être fractionné au semestre, au trimestre ou au mois. La première fraction de cotisation peut être réglée en espèces, au CENTRE DE GESTION, par mandat, par chèque, par carte bancaire ou par prélèvement automatique sur un compte bancaire à la signature de l'adhésion dans le cadre d'une vente « en agence » dite « face à face » ou d'une vente à distance si l'adhérent a demandé expressément l'exécution immédiate et intégrale de son contrat.

Dans le cadre d'une souscription hors établissement (à domicile), il est rappelé qu'il ne pourra être réclamé à l'adhérent aucun paiement ni aucune contrepartie, sous quelque forme que ce soit, avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de la conclusion du contrat hors établissement, conformément aux dispositions de l'article L. 121-18-2 du code de la consommation.

Dans tous les cas, le CENTRE DE GESTION s'engage à ne pas prélever une quelconque cotisation avant l'extinction de tous délais légaux de renonciation.

Les autres fractions de cotisations sont payables d'avance par prélèvement bancaire au 5, au 10 ou au 15 de chaque périodicité mensuelle, trimestrielle, semestrielle, ou annuelle sans autre avis d'appel de cotisation, sauf après une modification changeant les cotisations. En cas de rejet du prélèvement pour provision insuffisante, le prélèvement pourra être représenté.

11-4-3 Pour un effet au 1er du mois en cours, les dossiers reçus et enregistrés avant le 15, si l'assuré opte pour un fractionnement mensuel, la 1ère fraction de cotisation y compris les frais de dossier seront prélevés à l'issue du délai légal de rétractation dans le mois concerné.

Si la date de réception du dossier ou le délai de rétractation ne permet pas le prélèvement de la 1ère fraction de cotisation dans le mois de la prise d'effet du contrat, ce dernier s'effectuera dans le mois qui suit.

La même règle s'applique pour un fractionnement trimestriel, semestriel ou annuel des fractions de cotisations restant à couvrir avant la prochaine périodicité.

11-5 Défaut de paiement des cotisations

La cotisation est annuelle, payable d'avance.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, le défaut de paiement d'une seule fraction dans les quinze jours de son échéance, entraîne l'exigibilité immédiate de l'intégralité de la cotisation annuelle.

Dans les conditions définies à l'article L 221-8 du code de la mutualité et à l'article L 113-3 du code des assurances, et à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les quinze jours de son échéance, et indépendamment du droit pour les organismes d'assurances de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, il est adressé à l'adhérent à son dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure l'informant que l'adhésion sera résiliée dans les quarante jours suivant la date d'envoi de cette lettre, si les cotisations restent impayées.

Suite aux prélèvements et à l'information par la banque d'un impayé ou d'un retard dans le paiement des cotisations, et au non paiement des cotisations dans les délais qui lui sont impartis, l'assuré supportera les frais suivants :

- 10 euros pour un simple rappel ou le rejet du règlement par la banque pour motif imputable à l'assuré.
- 15 euros en cas de mise en demeure, auxquels il convient d'ajouter le coût d'un recommandé avec accusé de réception au moment de l'envoi (tarif fixé par les services postaux).
- Les frais de poursuite et de recouvrement suite à la résiliation du contrat.
- Une clause pénale égale à 20% du principal dû (cotisation et frais de recouvrement), auquel s'ajoutent les intérêts légaux.

Dans tous les cas, l'ORGANISME ASSUREUR ne lèvera pas auprès de la Sécurité Sociale le droit à la télétransmission « Noémie » en lieu et place d'un autre organisme tant que les cotisations ayant fait l'objet de poursuites ne seront pas régularisées.

ARTICLE 12 : GARANTIES - FORFAITS - PLAFONDS

12-1 Le contrat « EQUILIBRE SANTÉ Plus à partir de 55 ans », aux termes de l'article 1 des présentes conditions générales, et selon leurs dispositions, assure, en complément du régime obligatoire, le remboursement des frais de santé sous forme de prestations variables et/ou forfaitaires dont les montants, pour chacune des quatre options (100, 125, 150, 200) sont détaillés dans le tableau de prestations constituant l'annexe I.

12-2 Ces forfaits sont valables par année d'assurance à compter de la date d'effet du contrat et par bénéficiaire, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

12-3 L'entrée en vigueur de certaines garanties et/ou le service de certaines prestations sont assortis de limitations dans leur montant qui s'appliquent à tout nouvel assuré pour une période de 6 mois à compter de la date d'effet ainsi qu'à tout assuré qui désire augmenter ses garanties en changeant d'option, à compter de la date d'effet de l'avenant de modification.

12-4 Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débuté postérieurement à la date d'effet de l'adhésion et durant la période garantie.

12-5 Le total des remboursements de la Sécurité Sociale et de l'ORGANISME ASSUREUR est toujours, et au maximum, strictement limité au montant des dépenses réellement engagées. Le cumul des prestations perçues par l'assuré ne peut dépasser le montant total des frais réellement exposés.

12-6 Contenu, entrée en vigueur et durée des garanties :

12-6-1 En cas d'hospitalisation :

Le contrat intervient pour toute hospitalisation prise en charge par la Sécurité Sociale. Le montant des remboursements varie selon que l'établissement hospitalier est conventionné ou non, et dans les termes exprimés par l'article 5.

FRAIS DE SÉJOUR ET HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE :

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à la charge de l'assuré après un remboursement partiel de la Sécurité Sociale. S'il s'agit d'un établissement non conventionné, les frais de séjour seront remboursés dans la limite d'un montant exprimé en pourcentage de la base de remboursement retenue par la Sécurité Sociale.

Sont également pris en charge au titre de cette garantie les séjours et hospitalisations suivants, effectués au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par la Sécurité Sociale :

- les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec hospitalisation, les frais de maisons d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants, et substances analogues,
- toute hospitalisation pour motif psychiatrique.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et ne comprend pas les frais de chambre particulière.

LES ACTES EN SECTEUR HOSPITALIER, HONORAIRES CHIRURGICAUX :

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une hospitalisation ou à une intervention chirurgicale dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Conformément à la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales attachées aux contrats responsables :

- Si le praticien n'est pas signataire du contrat d'accès aux soins :

Les actes en secteur hospitalier ainsi que les honoraires chirurgicaux, y compris l'anesthésie et la réanimation sont pris en charge à concurrence de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour les niveaux 100 et 125, 125 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour le niveau 150 et 150% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour le niveau 200.

- Si le praticien est signataire du contrat d'accès aux soins :

Les actes en secteur hospitalier ainsi que les honoraires chirurgicaux, y compris l'anesthésie et la réanimation sont pris en charge à concurrence 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour le niveau 100, 125% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour le niveau 125, 150 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour le niveau 150 et 175% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour le niveau 200.

LA CHAMBRE PARTICULIÈRE :

Maladie-Chirurgie

Dans le cadre d'une hospitalisation avec hébergement (nuitée), l'assuré bénéficie de la garantie chambre particulière, conformément aux termes de l'article 5.

Durant les 6 premiers mois à compter de la prise d'effet :

Les frais de chambre particulière ne sont pas garantis dans le niveau 100. Pour les autres niveaux, ils sont limités à 30 jours par bénéficiaire et sont exclus en service de maternité. Ils sont plafonnés à 20 euros par jour sur le niveau 125, à 30 euros par jour sur le niveau 150 et à 40 euros par jour pour le niveau 200.

Passé les six premiers mois qui suivent la date d'effet :

Les frais de chambre particulière sont portés à 40 euros par jour sur le niveau 125, à 50 euros par jour sur le niveau 150 et à 60 euros par jour pour le niveau 200, et ce, pour une durée illimitée.

S'il s'agit d'un établissement non conventionné, la garantie des frais de chambre particulière est plafonnée pour les mêmes durées et montants journaliers.

Sont exclus de cette garantie les frais de chambre particulière dans le cadre d'un séjour en réadaptation fonctionnelle, rééducation, moyen séjour, cures, convalescence, hospitalisation psychiatrique, neuropsychiatrique et assimilés, ainsi que toute hospitalisation en ambulatoire, facturée à la journée.

LE FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER :

Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements hospitaliers sert à couvrir les frais d'hébergements et d'entretien entraînés par une hospitalisation supérieure à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.

Conformément à la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales attachées aux contrats responsables, le forfait journalier est garanti sans limite de durée lorsqu'il est facturé par un établissement de santé. Il n'est pas garanti s'il est facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

FRAIS DE TRANSPORT :

Les frais de transport ne sont remboursés que s'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale et d'un remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT :

En cas d'hospitalisation, la garantie prévoit le versement d'un forfait exprimé par jour et par bénéficiaire prenant en charge le cas échéant les frais de repas et le lit de l'accompagnant, dans les limites du plafond journalier.

Cette garantie est accordée aux bénéficiaires du contrat accompagnés par leur conjoint, un ascendant ou descendant direct, après 6 mois d'adhésion : soit un remboursement de 15€ par jour limité à 30 jours par année d'assurance et par bénéficiaire. Cette garantie n'est pas couverte dans le niveau 100.

12-6-2 Médecine de Ville :

HONORAIRES MÉDICAUX, CONSULTATIONS, VISITES :

Les garanties honoraires médicaux, consultations, visites pratiqués pour une consultation au cabinet d'un médecin, spécialiste ou professeur ou pour une visite effectuée par ces derniers au domicile de l'assuré ou pour une consultation en milieu hospitalier donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Conformément à la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales attachées aux contrats responsables :

- Si le praticien n'est pas signataire du contrat d'accès aux soins :

Les honoraires médicaux, consultations et visites sont pris en charge à concurrence de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour les niveaux 100 et 125, 125 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour le niveau 150 et 150% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour le niveau 200.

- Si le praticien est signataire du contrat d'accès aux soins :

Les honoraires médicaux, consultations et visites sont pris en charge à concurrence 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour le niveau 100, 125% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour le niveau 125, 150 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour le niveau 150 et 175% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour le niveau 200.

Pour les autres consultations et visites réalisées hors parcours de soin coordonnés, elles ne donnent pas lieu à la prise en charge de la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la Sécurité Sociale) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables.

ACTES DE SPÉCIALITÉS (ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX) :

Les actes techniques médicaux sont des actes de spécialités effectués hors hospitalisation et donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations suite à un remboursement partiel de la Sécurité Sociale.

MAJORATION POUR FRAIS DE DÉPLACEMENT, ACTES DE NUIT OU LE DIMANCHE ET SOINS D'URGENCE :

Remboursement pris en charge dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations suite à un remboursement partiel de la Sécurité Sociale.

PHARMACIE :

Le contrat prend en charge les produits et médicaments ainsi que l'homéopathie remboursables par la Sécurité Sociale, abstraction faite de la franchise médicale qu'elle applique en vertu des contrats responsables :

- remboursés à 65% et à 30% par la Sécurité Sociale sur le niveau 100
- remboursés à 65%, 30% et 15% par la Sécurité Sociale sur les autres niveaux.

MÉDECINES NATURELLES :

Le forfait médecines naturelles est destiné à couvrir des dépenses liées à des consultations d'ostéopathie, d'étiopathie, de chiropractie, d'acupuncture, d'homéopathie et de pédicure non prises en charge par la Sécurité Sociale et donnant lieu à un remboursement dans la limite du forfait prévu au tableau des prestations et pour un montant maximum par consultation de 25 euros. Cette garantie n'est pas couverte dans le niveau 100.

DÉPISTAGE ET PRÉVENTION (actes non remboursés par la Sécurité Sociale) :

Le contrat prend en charge les dépenses de prévention non remboursées par les régimes obligatoires, dans la limite d'un forfait de 100 euros par année d'assurance et par bénéficiaire à compter de la date d'effet du contrat et au maximum pour 50 % des dépenses réalisées.

Prévention (soins et médicaments préventifs sur prescription non remboursés par la Sécurité Sociale) :

- > vaccins anti-grippe,
- > vaccins recommandés aux voyageurs par le conseil supérieur d'hygiène publique de France (fièvre jaune, rage, typhoïde, hépatite A, méningite à méningocoques...),
- > traitement antipaludéen pour les voyages,
- > substituts nicotiques pour arrêter de fumer (intervention de l'ORGANISME ASSUREUR en complément du forfait versé par la Sécurité Sociale de 50 euros -acte codé TNS-, le remboursement s'effectuera après présentation du décompte de la Sécurité Sociale et de la facture de l'officine au nom de l'assuré),
- > médicaments de l'ostéoporose non pris en charge par la Sécurité Sociale mais délivrés en pharmacie,
- > matériel de surveillance d'hypertension (autotentiomètre) - homologué AFSSAPS-(www.afssaps.fr) ; ce matériel étant « familial », un seul remboursement par contrat sera pris en charge.

AUXILIAIRES MÉDICAUX :

Les honoraires des orthophonistes, infirmiers, sages femmes, kinésithérapeutes, orthoptistes sont pris en charge.

Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité Sociale, donnant ainsi lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

ANALYSES / ACTES DE BIOLOGIE / RADIOLOGIE :

Les frais d'analyses, d'actes de biologie et de radiologie sont pris en charge. Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité Sociale donnant ainsi lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

12-6-3 Dentaire :

Les honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologiste ainsi que les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux sont remboursables dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations, à la condition qu'ils fassent l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité Sociale.

PROTHÈSES DENTAIRES REMBOURSABLES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE :

Pour les garanties 100, 125, 150, 200, prise en charge dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Pour les niveaux 100, 125 et 150 sans plafond dentaire. Pour la garantie 200, le plafond est limité à 600 euros la 1ère année, 900 euros la 2ème année et les suivantes. Le nombre d'années est calculé pour chaque bénéficiaire à partir de la date d'effet de sa garantie.

AVANTAGE FIDÉLITÉ DENTAIRE :

Les remboursements des prothèses dentaires et de l'orthodontie remboursables par la Sécurité Sociale, sont majorés à compter de la date anniversaire du contrat, de 25% à chaque échéance anniversaire en complément du montant souscrit et jusqu'à hauteur maximum de 75% la 4^{ème} année.

Le bonus « Avantage fidélité » s'applique à chaque membre inscrit au contrat.

12-6-4 Optique :

Le présent contrat respecte les modalités législatives relatives aux contrats dits « responsables ».

A ce titre, quand le tableau des garanties indique que le montant du remboursement d'un équipement optique est supérieur au ticket modérateur, le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 tous les 2 ans par bénéficiaire, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, où les forfaits s'appliquent pour les frais engagés par période d'un an.

Le délai de deux ans s'apprécie par rapport à la date d'adhésion au contrat, et non par rapport à la date d'acquisition de l'équipement optique précédent.

Dans tous les cas, le montant du remboursement au titre de la monture est limité à 150 euros au sein du remboursement de l'équipement global.

Les frais liés à l'achat des lentilles (remboursées ou non remboursées) ainsi que les frais liés à la chirurgie corrective et réfractive non remboursables par le régime obligatoire pour le traitement de la myopie, de l'hypermétropie et de la presbytie sont pris en charge dans la limite des montants et forfaits prévus au tableau des prestations.

Les forfaits des lentilles remboursées ou non remboursées ne sont pas cumulables.

Le forfait « chirurgie corrective ou réfractive » non remboursé est accordé par année d'assurance et par œil, et après 6 mois d'adhésion.

AVANTAGE FIDÉLITÉ OPTIQUE :

Les remboursements des frais liés à l'achat de verres remboursés partiellement par le régime obligatoire sont majorés à compter de la date anniversaire du contrat de 25 euros à chaque échéance anniversaire en complément du forfait souscrit et jusqu'à hauteur maximum de 75 euros la 4^{ème} année. Le bonus « Avantage fidélité » s'applique à chaque membre inscrit au contrat.

12-6-5 Prestations diverses :

PETIT APPAREILLAGE ET ACCESSOIRES :

Sont pris en charge par assuré, le remboursement du petit appareillage ainsi que les frais liés aux accessoires restant à sa charge après remboursement de la Sécurité Sociale et dans la limite de 100% de la base de remboursement retenue par celle-ci.

PROTHÈSES :

Les prothèses d'orthopédie, auditives, capillaires et mammaires ainsi que le grand appareillage pris en charge par la Sécurité Sociale sont remboursés dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Le forfait des prothèses auditives ne comprend pas le remboursement des piles, des embouts, de l'entretien annuel et des réparations.

CURES THERMALES :

Passé 6 mois, les cures thermales acceptées par la Sécurité Sociale donnent lieu au remboursement des soins, honoraires, des frais de transport et de séjours dans la limite de 100% de la base de remboursement retenue par la Sécurité Sociale. A ce ticket modérateur et dans la limite réelle des frais engagés, s'ajoute un forfait prévu au tableau des prestations selon le niveau choisi.

LE CONTRAT BÉNÉFICIE ÉGALEMENT :

En inclusion :

D'une garantie « Assistance », protection juridique « Recours médical », « Avantages Soutien Financier » et « Individuelle seniors », dont le détail est reporté en suivant des présentes.

En option :

• D'une garantie optionnelle « Individuelle Enfants » (scolaire – extra-scolaire) dont la notice d'information ALBINGIA N° IA1100213 est jointe au certificat d'adhésion.

> Cette garantie est acquise à chaque enfant assuré en cas d'accident corporel dont il serait victime et survenant 24 heures sur 24 et ce, dans le monde entier.

> Ce contrat a pour objet de garantir chaque enfant assuré en cas de décès, d'invalidité permanente et d'indemniser l'assuré des frais de rattrapage scolaire (voir tableau des prestations).

La garantie « Individuelle Enfants » a été souscrite par l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA pour le compte de ses adhérents auprès de la compagnie ALBINGIA, SA au capital de 34 708 448,72 euros, RCS NANTERRE 429369309, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social est situé 109 rue Victor Hugo, 92300 LEVALLOIS PERRET.

• D'une garantie optionnelle « Individuelle Accident » en cas de décès accidentel dont la notice d'information ALBINGIA N° 1060404 est jointe au certificat d'adhésion. La garantie est acquise 24 h sur 24 dans le monde entier tant au cours de la vie privée que professionnelle et prévoit en cas de décès accidentel garanti ou de ses conséquences survenant dans les 24 mois à compter du jour de l'accident, le versement d'un capital aux

bénéficiaires désignés à la demande d'adhésion de :

- > 4 000 euros s'il s'agit de l'adhérent principal,
- > 2 000 euros s'il s'agit de son conjoint ou concubin,
- > 1 500 euros s'il s'agit d'un ou plusieurs enfants de l'adhérent désigné(s) à l'adhésion.

Ce qu'il faut entendre par accident : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Par extension sont également compris dans la garantie :

- > l'asphyxie, la noyade, l'hydrocution, la chute de la foudre, l'électrocution, l'insolation et la congélation,
- > les inoculations infectueuses dues aux piqûres d'insectes et aux morsures d'animaux,
- > l'empoisonnement causé par des produits alimentaires ou tous autres produits ingérés par erreur ou par suite de l'action criminelle d'un tiers.

• D'une garantie optionnelle « Décès toutes causes » et « Allocation Obsèques » composée comme suit :

> Garantie de base en cas de décès toutes causes destinée en priorité à couvrir tout ou partie des primes du contrat Santé ;

> Garantie Allocation obsèques destinée à couvrir tout ou partie des frais d'obsèques ;

L'assuré souscripteur d'un contrat santé, âgé de moins de 65 ans, peut bénéficier de cette garantie à titre individuel ou faire bénéficier son conjoint et ses enfants désignés sur le contrat santé au titre d'une cotisation familiale.

> Garantie de base en cas de décès toutes causes : 1 000 €

Cette garantie est versée en cas de décès d'un membre participant, de son conjoint (partenaire lié par une PACS ou concubin) ou d'un enfant de plus de 12 ans.

Nota : la loi française interdisant la souscription d'une assurance sur la tête d'un enfant de moins de 12 ans (article L132-3 du code des assurances), le montant des frais d'obsèques relatif à cette catégorie de bénéficiaires sera pris en charge à concurrence des frais réellement engagés, dans la limite de la garantie du membre participant.

Condition de mise en oeuvre

SOUSCRIPTION FAMILIALE

- Décès d'un membre participant, du conjoint non séparé de corps ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin :

La garantie est versée à concurrence du montant des primes du contrat Santé pour une durée maximum de 12 mois et ce, dans la limite de 1.000 €

Le reliquat éventuel sera, soit affecté au règlement partiel des frais d'obsèques du membre participant ou de son conjoint, soit reversé aux héritiers légaux.

Toutefois, si cette garantie n'est pas affectée au règlement des primes du contrat Santé, son montant est destiné au règlement des frais d'obsèques

- Décès d'un enfant : le capital est affecté au règlement des frais d'obsèques.

SOUSCRIPTION INDIVIDUELLE

- Décès d'un membre participant de moins de 65 ans : le capital est affecté au règlement des frais d'obsèques

> Garantie optionnelle « Allocation Obsèques » : 1 000 €

Cette garantie peut être souscrite simultanément en complément de la garantie de base.

Cette prestation est versée à concurrence des frais engagés et dans la limite de 1000€ :

> soit à la personne physique ou morale qui a acquitté la facture des frais d'obsèques,

> soit à l'entreprise de Pompes Funèbres ayant effectué les prestations.

Lorsque la garantie souscrite est supérieure aux frais d'obsèques, le reliquat éventuel est reversé aux bénéficiaires suivants : au conjoint ; à défaut aux descendants par parts égales entre eux, la part d'un descendant prédécédé revenant à ses propres descendants ; à défaut aux père et mère par parts égales entre eux ou au survivant en cas de prédécès de l'un d'eux ; à défaut aux héritiers.

La garantie décès/allocation obsèques a été souscrite auprès de la société HENNER, SA au capital de 8 212 500 euros, RCS Nanterre B 323 377 739, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social se situe 14, boulevard du Général Leclerc, 92200 NEUILLY-SUR-SEINE - Immatriculation ORIAS n° 07 002 039 - Relevant du contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

• D'une garantie optionnelle « Assistance rapatriement de corps en terre d'origine » dont la notice d'information IMA ASSURANCES est jointe au certificat d'adhésion. Le bénéficiaire doit être :

- > âgé au plus de 65 ans au jour de la souscription du contrat,
- > domicilié en France métropolitaine ou dans un des DROM suivants : Réunion, Martinique, Guyane,
- > nommément désigné comme bénéficiaire dans le bulletin d'adhésion santé.

Les garanties sont mises en oeuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec la famille du bénéficiaire. Le numéro d'intervention est le

0810 617 617 (coût d'une communication locale depuis un poste fixe) ou le (33) 05 49 34 82 80 depuis l'étranger.

Cette garantie couvre :

> Rapatriement de corps dans le pays d'origine du lieu du décès jusqu'à la commune du lieu d'inhumation ou d'incinération ou de veillée (sont inclus les frais de transport / de cercueil ou de linceul / les frais annexes au transport).

> Mise à disposition d'un titre de transport pour un membre de la famille en accompagnement du corps.

> Prise en charge, à la demande de la famille des frais funéraires dans la limite de 1200 € TTC et des frais de transport, si les obsèques du bénéficiaire ont lieu dans le pays de survenance du décès (non cumulable avec le rapatriement de corps).

Pour les garanties optionnelles, une notice d'information est adressée à l'assuré avec la carte de tiers payant ainsi qu'une attestation à remettre aux établissements scolaires suivant leur demande pour la garantie « Individuelle Enfants ».

12-7 Ce que le contrat ne prend pas en charge

Le contrat ayant la qualité de contrat « responsable », il ne prendra pas en charge :

- la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins,
- un « reste à charge » sur les dépassements d'honoraires en dehors du parcours de soins,
- les participations forfaitaires prélevées par le régime obligatoire (II de l'article L 322-2 du code de la sécurité sociale),
- les séjours en gérontologie, en instituts médico-pédagogiques et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours,
- les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour,
- les soins esthétiques, les cures de toute nature (sauf disposition prévue à l'article 12-6-1) et la thalassothérapie.

ARTICLE 13 : PAIEMENTS DES REMBOURSEMENTS COMPLÉMENTAIRES

13-1 Pour chaque garantie, le montant des remboursements est défini au sein du tableau des garanties en fonction du niveau que l'assuré a souscrit et de la nature des dépenses médicales.

Les montants de remboursement sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité Sociale (base de remboursement) ;
- ou sous la forme d'un forfait.

Ces forfaits sont valables par année d'assurance à compter de la date d'effet du contrat et par assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale et dans la limite des garanties. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle.

13-2 Lorsque la caisse primaire d'assurance maladie dont dépend l'assuré et/ou le(s) bénéficiaire(s) est reliée par « télétransmission » avec l'ORGANISME ASSUREUR, une liaison informatique lui achemine directement l'image des décomptes à partir desquels elle va procéder aux remboursements complémentaires en fonction de l'option choisie. Si l'assuré ne s'oppose pas de façon expresse à ce mode de fonctionnement, il n'a alors aucun décompte à fournir, nonobstant les dispositions de l'alinéa 12-3.

13-3 Si l'assuré bénéficie de la télétransmission des informations entre la Sécurité Sociale et l'ORGANISME ASSUREUR, les remboursements s'effectueront automatiquement. Dans les autres cas, ou si l'assuré n'utilise pas le système de télétransmission lors de sa dépense de santé (exemple : lorsqu'il ne paie que la part complémentaire des frais médicaux), il doit adresser à l'ORGANISME ASSUREUR ou au CENTRE DE GESTION en suivant de l'indemnisation par la Sécurité Sociale :

- les originaux des décomptes délivrés par la Sécurité Sociale,
- les notes ou factures acquittées originales détaillant les actes, les prestations réalisées, les montants payés, les montants de base de remboursement et les pourcentages d'intervention de la Sécurité Sociale,
- les notifications de non prise en charge de la Sécurité Sociale pour des prestations qui pourraient être accordées dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations,
- les pièces officielles d'état civil (bulletin de naissance, acte de décès, certificat d'hérédité...) permettant le paiement de prestations forfaitaires telles qu'une indemnité en cas de naissance ou en cas de décès d'un assuré,
- toutes pièces portées sur les notes d'information des garanties en inclusion ou en option qui auraient pu être souscrites, nécessaires à l'instruction et au paiement des sinistres.

Par ailleurs, l'ORGANISME ASSUREUR se réserve le droit de demander tout document ou justificatif complémentaire qu'elle jugera nécessaire,

à l'assuré ou au professionnel de santé, permettant le remboursement des frais médicaux demandés ou bien à des fins de contrôle a priori ou a posteriori, et ce dans un délai équivalent aux règles de prescription du contrat (voir article 14).

13-4 Service Tiers Payant Mutualiste :

Le service permet à l'assuré de ne pas régler les frais de soins pris en charge par la Sécurité Sociale et son contrat auprès des professionnels de santé acceptant le tiers payant. Cette dispense de paiement est limitée au montant de la base de remboursement ou des forfaits prévus au tableau de garanties.

Le CENTRE DE GESTION adresse une carte de tiers payant à l'émission d'un certificat d'adhésion et à chaque appel de cotisations que l'assuré peut présenter au professionnel de santé pour bénéficier du tiers payant.

En complément du tiers payant, l'ORGANISME ASSUREUR peut être signataire d'une adhésion à une union mutualiste dans le département de l'assuré lui donnant ainsi accès aux services mutualistes de centres hospitaliers et cliniques..., et lui faire bénéficier tant du tiers payant que de prestations médicales et services au moindre coût. La liste peut être communiquée sur simple appel téléphonique par les services clients du CENTRE DE GESTION et de l'ORGANISME ASSUREUR.

13-5 Les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements relatifs aux affections dont la première constatation médicale a eu lieu pendant la vie de l'adhésion et si les soins sont dispensés avant la date de prise d'effet de la suspension du contrat ou de la résiliation, sous réserve que l'assuré soit à jour du paiement de ses cotisations.

13-6 Suivi des prestations « EN TEMPS RÉEL » :

- INTERNET (www.apivia.fr).

Suivi du remboursement des prestations 7 jours / 7 et 24h / 24. Connexion à l'aide du code confidentiel adressé à la souscription par l'ORGANISME ASSUREUR ou inscrit sur les décomptes de prestations papier.

- SERVICE E.MAIL (service gratuit d'information aux adhérents) :

Inscription préalable de l'adhérent sur le site www.apivia.fr pour notifier son adresse e-mail.

En suivant et à chaque remboursement et quel qu'en soit le montant, l'adhérent reçoit un courrier électronique indiquant le montant du règlement qui vient d'être adressé.

ARTICLE 14 : PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui lui donne naissance, conformément aux articles L 221-11 et L 221-12 et L 221-12-1 du code de la mutualité, repris ci-dessous.

La prescription peut être interrompue par :

- une citation en justice, une saisie ou un commandement,
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le paiement de la cotisation ou d'un sinistre.

Code de la mutualité :

Article L 221-11

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union 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 membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article L 221-12

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 221-12-1

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 15 : RÉCLAMATIONS

Toute réclamation de l'adhérent :

- concernant la gestion du contrat, est à adresser au CENTRE DE GESTION,
- concernant le remboursement des prestations, est à adresser à l'ORGANISME ASSUREUR dont l'adresse figure sur la carte de tiers payant.

Si un désaccord subsiste ou si la solution proposée ne correspond pas à vos attentes, il convient de vous adresser à : Apivia Santé – Service Réclamation - 108 rue Ronsard – CS 87323 – 37073 TOURS Cedex 2.

Si la réponse apportée ne convient pas, l'adhérent peut demander l'avis d'un médiateur indépendant, dont les conditions d'accès lui seront communiquées sur simple demande auprès du CENTRE DE GESTION ou de l'ORGANISME ASSUREUR.

ARTICLE 16 : SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres assurés servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration du sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions de l'article L 221-14 (nullité du contrat) ou de l'article L 221-15 (réduction des indemnités) du code de la mutualité.

ARTICLE 17 : SUBROGATION

L'ORGANISME ASSUREUR est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée.

ARTICLE 18 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'assuré peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'ORGANISME ASSUREUR et de tout réassureur ou organisme professionnel concerné. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège d'Apivia Mutuelle ou du CENTRE DE GESTION.

ARTICLE 19 : AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'ORGANISME ASSUREUR et du CENTRE DE GESTION est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

LEXIQUE

ADHÉRENT :

Personne membre de l'association, signant le bulletin d'adhésion et désignée au certificat d'adhésion et qui adhère à la présente convention de groupe. Un enfant mineur sans activité professionnelle ne peut être adhérent.

SOUSCRIPTEUR :

Personne signant le contrat et désignée aux dispositions personnelles.

ASSURÉ :

Toute personne portée sur le certificat d'adhésion.

BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS :

L'adhérent et éventuellement ses ayants droit inscrits : son conjoint, et leur(s) enfant(s) (âgé(s) de moins de 21 ans), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

COUPLE – CONJOINT :

Toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

CERTIFICAT D'ADHÉSION :

Document envoyé à l'adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites.

MALADIE :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

HOSPITALISATION :

Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

RÉGIME DE BASE :

Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié l'assuré tel que le Régime Général de la Sécurité Sociale ; Régime des TNS ; Régime des commerçants, artisans, professions libérales ; Régime des exploitants et des salariés agricoles ; Régime des étudiants ; Régime d'Alsace-Moselle ; Régime des DOM ; Régime des fonctionnaires ; Régime des français expatriés « CFE » ; Régime des Marins Pêcheurs ; Régime des militaires ; Régime des clercs et employés de notaire...

RÉGIME OBLIGATOIRE :

Régime légal de prévoyance social auquel est obligatoirement affilié l'assuré.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) :

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité Sociale Française, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

SÉCURITÉ SOCIALE :

Terme générique utilisé dans ces Conditions Générales pour désigner le régime d'Assurance Maladie auprès duquel l'assuré est affilié.

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE :

Le Régime de Sécurité Sociale Français auquel est affilié l'assuré.

TARIF DE CONVENTION :

Tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé ayant adhéré aux Conventions Nationales.

TARIF DE RESPONSABILITÉ :

Le tarif de convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné. Le tarif d'autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

TARIF D'AUTORITÉ :

Tarif servant de base au remboursement des honoraires et soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

AVENANT :

Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DE LA CONVENTION ASSISTANCE "PERFORMANCE"

POUR L'ASSISTANCE A DOMICILE

VALANT NOTE D'INFORMATION

À CONSERVER PAR L'ASSURÉ

1 VIE DU CONTRAT

1.1 DURÉE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat souscrit par l'association auprès d'Apivia Mutuelle.

1.2 RÉSILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par l'association de son contrat souscrit auprès d'Apivia Mutuelle pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

1.3 SUBROGATION

IMA ASSURANCES est subrogée 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 IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

1.4 PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de la convention d'assistance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

Premièrement, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;

Deuxièmement, en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

1.5 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA ASSURANCES afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles le bénéficiaire peut prétendre.

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à Apivia Mutuelle.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris, 79000 Niort.

1.6 RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - 79000 NIORT ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances) 9 rue de Saint-Pétersbourg - 75008 PARIS. Son avis s'impose à IMA ASSURANCES mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

2.1 FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties de la présente Convention s'appliquent en cas d'accident corporel ou de maladie ou de décès.

2.2 INTERVENTION

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant : 0810 617 617 (coût d'une communication locale à partir d'un poste fixe).

Pour nous joindre depuis l'étranger (avance des frais médicaux à l'étranger) composez le (33) 05 49 34 82 80.

IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose l'adhérent pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle.

IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

2.3 PIÈCES JUSTIFICATIVES

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

De la même façon, IMA ASSURANCES pourra demander l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

3. LIMITATIONS, EXCLUSIONS ET ECHEANCES A L'APPLICATION DES GARANTIES

3.1 DÉLAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent :

- Une immobilisation au domicile
- La sortie d'une hospitalisation
- Un décès.

Passé ce délai aucune garantie ne sera accordée.

Exceptions :

- Pour la garantie aide-ménagère, le délai de demande d'assistance est ramené à 7 jours.

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).

- Pour les garanties mentionnées au point 9 (Garanties complémentaire en cas de pathologies lourdes et de traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie), le délai de demande d'assistance est de 1 mois à compter de la survenance de la pathologie ou de son aggravation. Passé ce délai, les garanties seront mises en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

3.2 INFRACTION

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

3.3 FORCE MAJEURE

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, guerre civile ou étranger, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

3.4 EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatologiques et gériatriques,
- programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques préexistantes,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que qu'à leurs conséquences,

De même sont exclus les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et de la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

4. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION

En cas d'hospitalisation programmée ou non de plus de 2 jours ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES, organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 30 jours :

4.1 AIDE MÉNAGÈRE

L'aide-ménagère a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales, dès le premier jour de l'hospitalisation, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 10 jours.

4.2 PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET DU PATIENT BÉNÉFICIAIRE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge en France le déplacement aller - retour d'un proche (train 1ère classe ou avion classe économique).

IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 92 €.

4.3 SERVICES DE PROXIMITÉ

- Livraison de médicaments

Lorsque ni l'adhérent ou son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA ASSURANCES se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

- Portage de repas

Lorsque l'adhérent ou son conjoint n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas ou de les faire préparer par son entourage, IMA ASSURANCES prend en charge un forfait de livraison d'un pack repas pour 7 jours maximum à définir à la commande.

Notre solution de portage de repas permet au bénéficiaire, lors de sa commande, de trouver une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent.

- Portage d'espèces

Lorsque l'adhérent ou son conjoint, ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- un transport aller/retour dans un établissement bancaire

- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai d'un mois.

- Livraison de courses

Lorsque ni l'adhérent ou son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de livraison d'une commande par semaine. Les frais de livraison seront remboursés à l'adhérent sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

- Coiffure à domicile

Lorsque l'adhérent ou son conjoint, a besoin de soin de coiffure, IMA ASSURANCES organise le déplacement d'un coiffeur au domicile. La prise en charge est limitée à un seul déplacement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.

5. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'HOSPITALISATION

5.1 AIDE MÉNAGÈRE EN CAS DE SÉJOUR PROLONGÉ EN MATERNITÉ

En cas de séjour de plus de 8 jours en maternité de l'adhérent ou son conjoint IMA ASSURANCES, organise et prend en charge une aide-ménagère.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 10 jours.

5.2 TRANSFERT ET GARDE D'ANIMAUX DOMESTIQUES

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux domestiques vivant au domicile, dans la limite de 30 jours.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

5.3 FERMETURE DU DOMICILE QUITTE EN URGENCE

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint et en l'absence d'un proche présent localement, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 2 heures afin de s'assurer que l'habitation soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette prestation comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets...
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques...
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo...

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

IMA ASSURANCES intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, dans la limite de 100 euros, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

5.4 PRÉPARATION DU RETOUR AU DOMICILE

En cas d'hospitalisation supérieure à 14 jours de l'adhérent ou de son conjoint et en l'absence d'un proche présent localement, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette prestation comprend :

- La réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,
- La mise en température du chauffage du logement,
- Le ménage,
- Les courses, le coût des courses demeurant à la charge de l'adhérent.

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA ASSURANCES intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, dans la limite de 100 euros, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie du bénéficiaire et sous réserve qu'il ait été missionné 48 heures avant la sortie de l'hôpital, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

5.5 TRANSFERT POST-HOSPITALISATION CHEZ UN PROCHE

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, en France, le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1ère classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 euros par trajet aller/retour.

5.6 REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TÉLÉVISION

En cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 4 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de location d'un téléviseur à concurrence de 6.10 euros par jour (dans la limite de 61 euros) pendant la durée de l'hospitalisation.

L'adhérent fait parvenir à IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris, 79000 NIORT, l'ensemble des justificatifs de frais de télévision. IMA ASSURANCES constitue alors le dossier et prend en charge ces frais dans la limite du contrat.

6. GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS D'IMMOBILISATION

Transport aux rendez-vous médicaux.

Lorsque l'adhérent ou son conjoint immobilisé plus de 5 jours au domicile n'est pas en état de se déplacer pour aller à un rendez-vous médical et qu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise en prend en charge, dans les 30 jours suivants l'immobilisation, un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50km.

7. GARANTIES COMPLEMENTAIRES FAMILLE

7.1 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'ÂGE) EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION D'UN PARENT

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures, d'hospitalisation programmée de plus de 2 jours, ou d'immobilisation de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

• Le déplacement d'un proche

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder les enfants au domicile (billet de train 1ère classe ou d'avion, classe économique).

• Le transfert des enfants

Le voyage aller et retour en France des enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train 1ère classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

• La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

• La conduite à l'école et le retour au domicile des enfants

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 30 jours.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

• La conduite aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période de 4 semaines maximum.

• L'aide aux devoirs

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un soutien pédagogique au domicile auprès des enfants du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématique, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), à raison de 2 heures par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 4 semaines.

• Soutien scolaire chez un proche en cas d'hospitalisation d'un parent pour les enfants (sans limite d'âge)

En cas de transfert de l'enfant chez un proche éloigné géographiquement de l'école, empêchant la poursuite des cours, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un soutien pédagogique de l'enfant du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématique, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), au domicile du proche, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable par foyer, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation et sur une période maximale de 4 semaines.

7.2 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'ÂGE) HOSPITALISES

• La présence d'un proche au chevet *

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours d'un enfant, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le déplacement aller et retour en France, d'un proche au chevet de l'enfant (billet de train 1ère classe ou d'avion, classe économique).

• La garde des enfants

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours d'un enfant, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait pas à s'appliquer, la garde au domicile par un intervenant habilité.

Le nombre d'heures est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

• Le transfert des enfants

Le voyage aller et retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, auprès de proches susceptibles de les accueillir

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants ou petits-enfants par l'un de ses prestataires.

*Les garanties « présence d'un proche », « garde des enfants » ne sont pas cumulables.

• La prise en charge des frères et sœurs

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours d'un enfant, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des autres enfants, lorsque aucun proche ne peut l'assumer, par :

- Le déplacement aller et retour en France d'un proche

- Le transfert voyage aller et retour des enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, auprès de proches susceptibles de les accueillir

- ou s'il y a lieu, leur garde au domicile par un intervenant habilité. Le nombre d'heures est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.

7.3 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS IMMOBILISES > 14 JOURS

• Soutien scolaire

Si l'enfant est immobilisé au domicile pour une durée de plus de 14 jours et ne peut pas suivre sa scolarité, IMA ASSURANCES organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers dans les matières principales (mathématique, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés.

7.4 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures, d'hospitalisation programmée de plus de 2 jours ou d'immobilisation de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- **Le déplacement d'un proche**

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder les ascendants au domicile (billet de train 1ère classe ou d'avion, classe économique).

- Le transfert des ascendants chez un proche

Le voyage aller et retour en France des ascendants en train 1ère classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

- La garde des ascendants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

8. GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS DE DECES

8.1 AIDE MÉNAGÈRE

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, à compter du jour du décès, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 10 jours.

8.2 MISE EN RELATION AVEC UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

IMA ASSURANCES peut transmettre les coordonnées d'un prestataire funéraire à la famille.

Les frais d'obsèques restent à la charge de la famille.

9. GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS DE PATHOLOGIES LOURDES ET DE TRAITEMENT PAR CHIMIOThÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHÉRAPIE

- En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie lourde, selon la liste établie dans les définitions, entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours,

- En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie,

- Suite à l'aggravation, dûment justifiée par un certificat médical, d'une pathologie mentionnée ci-dessus, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours du patient bénéficiaire.

IMA ASSURANCES, organise et prend en charge les garanties décrites ci-dessous à utiliser sur 12 mois à compter de la déclaration d'une pathologie ou de l'aggravation d'une pathologie.

Dans l'attente de la réception du certificat médical, adressé sous pli confidentiel à l'attention des médecins d'IMA ASSURANCES, des mesures conservatoires d'aide-ménagère peuvent être mises en œuvre à concurrence de 6h sur une semaine, si le patient bénéficiaire est l'adhérent ou le conjoint. Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation.

Ces garanties ne sont pas cumulables avec les garanties décrites aux points 4 ; 6 ; 7.1 et 7.2.

9.1 ERGOTHERAPEUTE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile du bénéficiaire.

Cette garantie comprend l'évaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie). Cette évaluation peut être complétée par un rapport (croquis des aménagements et cotes d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile.

9.2 SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA ASSURANCES met en relation l'adhérent avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat :

- Envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations,
- Etablissement par ces prestataires d'un diagnostic des réparations à effectuer ainsi qu'un devis,
- Vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis,

- Suivi des travaux, des coûts, des délais.

Les travaux restent à la charge de l'adhérent. La mise en œuvre de ce service fait l'objet d'un devis de 50 euros qui resteront à la charge de l'adhérent dans le cas où le devis serait accepté plus de deux mois après son établissement ou refusé.

9.3 TÉLÉASSISTANCE

IMA ASSURANCES prend charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de trois mois.

9.4 ENVELOPPE DE SERVICES POUR ADHÉRENT OU CONJOINT

A compter de la déclaration ou d'une aggravation d'une pathologie, IMA ASSURANCES met à disposition du patient bénéficiaire une enveloppe de services limitée à 50 unités de consommation à utiliser sur une période maximale de 12 mois.

Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois.

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Le nombre d'unité ne pourra être modifié dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs prestations et que celles-ci auront débuté.

Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unité ci-annexé

9.5 ENVELOPPE DE SERVICES POUR ENFANTS ET PETITS-ENFANTS (<16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'ÂGE)

A compter de la déclaration ou d'une aggravation d'une pathologie, IMA ASSURANCES met à disposition du patient bénéficiaire une enveloppe de services.

Les conditions de mise en œuvre sont identiques à celles de l'article 9.4

Cf. tableau enveloppe de services pour enfants et décompte en unité ci-annexé.

10. INFORMATIONS & CONSEILS

10.1 INFORMATIONS MÉDICALES

Une équipe médicale, communique 24h/24 sur simple appel, des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques.

- Conseils et prévention en matière de voyages, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation.

- Enfants et petits-enfants : attitudes préventives et conseils sur la santé.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

10.2 PRÉVENTION NUTRITION SANTE

Chaque bénéficiaire pourra solliciter, une fois par an, des conseils diététiques par téléphone du lundi au vendredi de 9h à 18h concernant plus particulièrement :

- Un accès à des informations pratiques pour un bon équilibre alimentaire,
- Les actions en faveur de la prévention santé avec une sensibilisation à la nutrition infantile et les problèmes d'obésité.
- Les réponses aux questions sur les déséquilibres alimentaires et les problématiques de la dénutrition chez la personne dépendante.

Ces conseils sont dispensés par des diététiciens.

Un bilan nutritionnel peut être réalisé. Il sera à la charge de l'adhérent.

10.3 CONSEIL SOCIAL

IMA ASSURANCES organise et prend en charge, selon la situation, de un à 5 entretiens téléphoniques par année et par foyer avec un travailleur social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi de 9h à 19h.

Le Travailleur Social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai de un an à compter de la date de survenance de l'événement

10.4 INFORMATIONS ADMINISTRATIVES, SOCIALES, JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

A tout moment, afin d'aider les bénéficiaires souhaitant obtenir des informations à caractère général, IMA ASSURANCES met à leur disposition, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service d'information juridique et vie pratique pour apporter des réponses en matière de droit français.

A titre d'exemple : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger....

10.5 RECHERCHE DE MÉDECIN, INFIRMIÈRE, INTERVENANT PARAMÉDICAL

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES peut aider à rechercher un médecin.

De la même façon IMA ASSURANCES peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, aider à rechercher une infirmière, ou des intervenants paramédicaux.

10.6 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événements traumatisants, tels qu'un accident, une maladie grave, un décès, affectant l'un des bénéficiaires, IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, selon la situation :

-de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien

-et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai de un an à compter de la date de survenance de l'événement.

ANNEXE A LA CONVENTION D'ASSISTANCE A DOMICILE OFFRE SANTE PREVOYANCE ENVELOPPE DE SERVICES au 26.07.2012

Enveloppe de services pour adhérent ou conjoint.

Le décompte en unité correspond aux prestations suivantes :

Enveloppe adulte malade	Unité de mesure	Valeur unitaire
Aide-ménagère	1 heure	1 unité
Présence d'un proche	1 déplacement aller-retour / hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller-retour	4 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	2 unités
Livraison de courses	1 livraison	4 unités
Portage de repas	1 livraison	1 unité
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	1 unité
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 trajet aller-retour	2 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 trajet aller-retour	2 unités

Enveloppe de services pour enfant.

Le décompte en unité correspond aux prestations suivantes :

Garde d'enfant malade	1 heure	2 unités
Présence d'un proche	1 déplacement aller-retour / hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller-retour	4 unités
Livraison de courses	1 livraison	4 unités
Portage de repas	1 livraison	1 unité
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité

* Dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 92 € par nuit.

LEXIQUE

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

ADHERENT

Membre de l'association souscriptrice d'un contrat d'assurance auprès d'Apivia Mutuelle.

BENEFICIAIRES des GARANTIES D'ASSISTANCE

Tout adhérent domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants et petits-enfants, enfants handicapés sans limite d'âge et ascendants directs fiscalement à charge.

DOMICILE

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

France : France métropolitaine et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre

ACCIDENT CORPOREL

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

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.

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPREVUE

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

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 thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

ANIMAUX DOMESTIQUES

Les chiens et les chats.

LISTE DES PATHOLOGIES LOURDES

Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polyopathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA ASSURANCES.

GARANTIES DISTRIBUÉES EN INCLUSION SUR LES CONTRATS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET SOUSCRITES AUPRÈS DE :



IMA ASSURANCES, SA au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris, 79 000 NIORT, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DE LA PROTECTION JURIDIQUE "RECOURS MÉDICAL"

(SELON CONDITIONS MATMUT PROTECTION JURIDIQUE)

VALANT NOTE D'INFORMATION

À CONSERVER PAR L'ASSURÉ

1. QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?

Il est destiné à permettre aux adhérents de la Mutuelle et aux personnes désignées ayant la qualité d'assuré de bénéficier d'une garantie de Protection Juridique "Recours Médical" dans les conditions visées à la présente NOTICE D'INFORMATION.

2. QUELS SONT LES LITIGES OU DIFFÉRENDS GARANTIS ?

La garantie Protection Juridique "Recours Médical" est acquise en cas de litige ou de différend vous opposant à un tiers et résultant d'un accident médical susceptible :

- de répondre à la qualification d'aléa thérapeutique, d'engager la responsabilité d'un hôpital, d'une clinique, du corps médical, paramédical ou pharmaceutique,

et s'étant produit :

- durant la période où l'adhérent de la Mutuelle conserve cette qualité,
- pendant la durée du contrat collectif d'assurance de Protection Juridique nous liant à la Mutuelle,
- en France Métropolitaine, dans les DROM, Pays membres de l'Union Européenne, à Monaco, en Andorre et Suisse.

3. QUELS SONT LES SERVICES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ ?

Nous mettons à votre disposition :

- un service d'Assistance Juridique par téléphone qui répond aux questions d'ordre juridique que vous vous posez, vous informe sur vos droits, vous apporte une aide afin de prendre une décision et de trouver une solution à vos problèmes,
- un service d'Assistance Juridique de proximité qui vous permet de rencontrer sur rendez-vous l'un de nos Assistants Juridiques, lorsqu'un examen approfondi des documents en votre possession et une consultation s'avèrent nécessaires,
- un service de Protection Juridique qui prend les mesures utiles afin de faire valoir vos droits à l'amiable et, au besoin, vous donne les moyens d'en poursuivre l'exercice en justice.

4. QUELS SONT LES LITIGES OU DIFFÉRENDS NON GARANTIS ?

Sont exclus les litiges ou différends :

- dont les éléments constitutifs étaient connus de vous antérieurement à votre adhésion à la Mutuelle et à la prise d'effet du contrat collectif de Protection Juridique dont vous bénéficiez,
- relatifs à la responsabilité médicale des entreprises d'assistance, de toute mutuelle et de tout établissement ou service soumis aux dispositions du livre II et/ou III du Code de la Mutualité, et de leurs employés,
- ayant un intérêt financier inférieur à 150 € ou nécessitant une intervention devant les tribunaux lorsque la somme à récupérer, en principal, ou qui vous est réclamée est inférieure à 760 €,
- relevant du Conseil d'Etat ou de la Cour de Cassation, ayant un intérêt financier inférieur à 3 000 €.

5. QUE DEVEZ-VOUS FAIRE EN CAS DE LITIGE OU DE DIFFÉREND ?

Dès que vous avez connaissance d'un litige ou d'un différend, vous devez :

TÉLÉPHONER AU 0810 617 617

du lundi au vendredi de 8 h à 18 h.

Vous serez alors mis en relation avec une plateforme de juristes spécialisés réservée aux adhérents d'Apivia Mutuelle qui répond aux questions d'ordre juridique que vous vous posez, vous informe sur vos droits ou vos obligations.

Si nécessaire, elle vous communique les coordonnées de l'assistant juridique que vous pouvez rencontrer à proximité de votre domicile ou de votre lieu de travail et vous devez dans ce cas prendre rendez-vous avec notre assistant juridique.

Vous pouvez également faire une déclaration par écrit.

Cette déclaration doit être effectuée au Siège Social de Matmut Protection Juridique, 66 rue de Sotteville, 76030 ROUEN Cedex 1, ou auprès de l'assistant juridique rencontré lors de votre rendez-vous. Vous devez :

- nous communiquer l'intégralité des renseignements et des pièces se rapportant au litige ou différend que vous souhaitez déclarer,
- nous faire connaître l'existence d'autres assurances portant sur le même risque.

En cas de communication tardive, nous pourrions vous réclamer une indemnité proportionnelle au préjudice que ce manquement nous aura causé.

Vous pouvez encourir la perte de votre droit à garantie, lorsque de mauvaise foi :

- vous avez fait de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances d'un litige ou différend,
- vous avez employé ou remis des documents que vous saviez mensongers ou frauduleux.

6. QUE FAISONS-NOUS EN CAS DE LITIGE OU DE DIFFÉREND GARANTI ?

Nous nous engageons à réclamer l'indemnisation de votre préjudice.

Pour ce faire :

- nous vous fournissons les avis et services appropriés à la recherche d'une solution amiable,
- lorsque votre recours nécessite une action en justice, nous participons à la prise en charge des frais et honoraires de l'avocat et/ou de la personne qualifiée saisi(s) de la défense de vos intérêts.

Si vous confiez la défense de vos intérêts à une personne qualifiée ou à un avocat, vous serez toutefois tenu de respecter l'obligation de déclaration prévue à l'article 5.

7. QUE PAYONS-NOUS ?

Dans la limite du plafond de garantie et des montants indiqués à la fin du présent contrat, nous couvrons :

Pour défendre et faire valoir vos droits à l'amiable :

- les frais relatifs aux avis et services que nous vous fournissons nous-mêmes,
- les frais et honoraires de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu par un avocat.

Pour défendre et faire valoir vos droits en justice :

- les frais et honoraires de la personne qualifiée et/ou de l'avocat en charge de vos intérêts,
- les frais de procédure,
- les sommes mises à votre charge au titre des dépens et/ou des frais irrépétibles.

Ces frais, honoraires et sommes sont pris en charge :

- si l'action en justice qui en est la cause a été décidée en accord avec nous ou a été admise par une décision d'arbitrage,
- si vous avez passé outre à la solution que nous vous avons proposée ou à l'avis de l'arbitre pour le litige ou le différend qui est à leur origine et avez obtenu une décision de justice plus favorable à vos intérêts.

En revanche, ces frais, honoraires et sommes ne sont jamais pris en charge s'ils ont été engagés avant la déclaration du sinistre, sauf s'ils ont été rendus nécessaires par une mesure conservatoire d'urgence.

Les cautions pénales, les Dommages et Intérêts, les amendes, leurs accessoires et majorations ainsi que les frais de recouvrement auxquels vous pourriez être condamné, le droit de recouvrement ou d'encaissement à la charge du créancier prévu à l'article 10 du Décret du 12 décembre 1996 portant fixation du tarif des huissiers de justice en matière civile ou commerciale ne sont jamais pris en charge.

8. LA SUBROGATION

Toutes sommes obtenues en remboursement des dépens, des frais et honoraires exposés pour le règlement du litige ou différend vous reviennent par priorité, lorsqu'à ce titre des dépenses sont restées à votre charge. Elles sont versées dès règlement par la partie qui succombe.

Matmut Protection Juridique est subrogée dans vos droits, conformément aux articles L 121-12 et L 127-8 du Code des Assurances, dans les autres cas.

Si la subrogation ne peut plus s'exercer de votre fait, Matmut Protection Juridique est alors libérée de tout engagement.

9. LA PRESCRIPTION

Toute action découlant du présent contrat d'assurance, qu'il s'agisse de sa validité ou de son exécution, est prescrite, dans le délai de deux ans à compter de l'évènement qui lui donne naissance, dans les conditions déterminées par les articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des Assurances.

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 sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription peut être interrompue par :

- l'une des causes ordinaires, notamment :
 - la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code Civil),
 - une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code Civil),
 - un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil)
- ainsi que dans les cas suivants :
 - la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre,
 - l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par nous au souscripteur en ce qui concerne le paiement de la cotisation ou par vous-même à nous en ce qui concerne le règlement des frais, honoraires et sommes garantis),

Les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription biennale, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

10. MEDIATION INTERNE ET ARBITRAGE

En cas de désaccord entre vous et nous à l'occasion du règlement d'un litige ou d'un différend, vous pouvez recourir à la procédure d'arbitrage.

Dans ce cas :

- un arbitre est désigné d'un commun accord entre vous et nous ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile statuant en la forme des référés.
- sauf décision contraire du Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés, les frais exposés pour la mise en œuvre de cette procédure sont à notre charge, dans la limite des montants indiqués à la fin du présent contrat.

Ces sommes, si elles sont engagées, s'ajoutent au plafond de garantie.

Nous nous engageons à accepter les conclusions de l'arbitre.

11. Traitement des réclamations : information du client sur les modalités d'examen des réclamations conformément à la Recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel du 15 décembre 2011

11.1 Définition

Constitue une réclamation l'expression de votre mécontentement ou de votre insatisfaction à notre égard.

Une demande de service ou de prestation, une demande d'information ou de clarification ou une demande d'avis n'est pas considérée comme une réclamation.

11.2 Modalités de traitement des réclamations

A. Recours hiérarchique et médiation interne

1. Recours hiérarchique

En cas de désaccord entre Vous et Nous à l'occasion du règlement d'un sinistre, vous devez tout d'abord vous adresser à la personne qui est à l'origine de ce désaccord.

C'est le gestionnaire de votre sinistre qui vous répond.

Si la réponse obtenue ne vous satisfait pas, votre nouvelle réclamation est soumise au responsable hiérarchique du décisionnaire initial. Il examine le bien-fondé de votre requête.

Enfin, si cette démarche ne permet pas de mettre un terme à notre différend, vous pouvez solliciter la Direction concernée ou le service « Réclamations », 66 rue de Sotteville, 76030 ROUEN CEDEX 1, à moins qu'ils n'aient déjà été signataires de la réponse qui vous a été apportée.

2. Médiation interne

En cas d'échec du recours hiérarchique ci-avant, vous avez la possibilité de vous adresser au Médiateur Interne du Groupe Matmut, 66 rue de Sotteville, 76030 ROUEN CEDEX 1.

3. Délais de réponse

A chaque stade de la procédure décrite ci-avant, un courrier vous est adressé dans les 10 jours ouvrés suivant la réception de votre réclamation.

Il vous fait part de la position retenue ou, si votre demande nécessite une instruction complémentaire, vous avise du délai dans lequel notre décision vous sera communiquée.

Nous nous engageons à vous répondre au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la réception de votre réclamation.

B. Médiateur externe

1. Modalités de saisine

Si votre désaccord persiste après la réponse du Médiateur interne du Groupe Matmut, vous pouvez, à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée à ce stade, saisir directement le Médiateur du Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances (Le Médiateur du GEMA, 9 rue de Saint-Petersbourg, 75008 PARIS).

Votre demande doit obligatoirement être formulée par écrit et comporter les informations nécessaires à son traitement (copie des courriers échangés avec Nous et notamment de la décision du Médiateur Interne du Groupe Matmut).

2. Délai de réponse

Le Médiateur du GEMA rend un avis motivé dans les 6 mois suivant la date à laquelle il a été saisi et le transmet aux deux parties (Vous et Nous).

L'engagement d'une procédure de médiation à votre initiative ou avec votre accord entraîne suspension automatique des délais de prescription en cours jusqu'au rendu de l'avis du médiateur. A l'issue de la médiation, vous conservez tous vos droits à l'introduction d'une éventuelle action contentieuse.

HONORAIRES ET FRAIS GARANTIS

Les plafonds et montants garantis sont applicables pour un même sinistre. Constitue un même sinistre, l'ensemble des demandes ou réclamations auxquelles il a été opposé un même refus.

A. Plafond de garantie : 20 000 €

B. Montants garantis (hors taxes)

1- Défense amiable des droits de l'assuré (Défense civile et Recours amiables) ⁽¹⁾

- Honoraires d'avocat : 358 €
- Expertise médicale : 157 €
- Expertise immobilière : 1 894 €
- Autre expertise matérielle : 114 €

(1) les frais de défense amiable que vous avez engagés ne sont pris en charge qu'en cas de survenance d'un conflit d'intérêts tel que défini au présent contrat et lorsque votre adversaire est lui-même défendu par un avocat.

2- Défense des droits de l'assuré en justice, médiation, arbitrage ou devant une commission

	Cours de Paris et Versailles	Autre Cours
- Dépôt de plainte avec constitution de partie civile :	427 €*	399 €*
- Démarche au Parquet pour obtention de procès-verbaux :	100 €	100 €
- Tribunal de Police :	629 €*	608 €*
- Tribunal Correctionnel :	717 €*	685 €*
- Chambre de l'instruction :	611 €*	591 €*
- Procédure criminelle		
Assistance à instruction :	492 €	466 €
Cour d'Assises : 1ère instance ou appel (par jour d'audience dans la limite de cinq jours) :	939 €	939 €
- SARVI	265 €*	246 €*
- CIVI	746 €*	713 €*
- Juge de proximité :	604 €*	579 €*

- Tribunal d'Instance :	604 €*	579 €*
- Tribunal de Grande Instance et Tribunal Administratif :	746 €*	713 €*
- Tribunal de Commerce :	746 €*	713 €*
- Juge de l'Exécution :	427 €	399 €
- Commission Régionale de conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et infections nosocomiales		
Constitution du dossier et instruction :	456 €	431 €
Assistance à liquidation :	206 €	196 €
- Autres commissions et juridictions :	746 €*	713 €*
- Référé		
Expertise et/ou provision :	462 €*	440 €*
Autres référés (civil et administratif) :	590 €*	561 €*
- Présentation ou défense à requête :	326 €	308 €
- Incident devant le Juge de la mise en état :	390 €	372 €
- Cour d'Appel		
Référé 1er Président :	590 €*	568 €*
Affaire au fond :	746 €*	713 €*
Postulation :	650 €*	650 €*
- Cour de Cassation et Conseil d'Etat		
Consultation :	973 €*	973 €*
Mémoire :	973 €*	973 €*
- Assistance à expertise (sur accord exprès de nos services) :	492 €	466 €
- Assistance à instruction (sur accord exprès de nos services) :	492 €	466 €
- Assistance à médiation :	629€	608 €
- Expertise médicale :	157 €	157 €
- Expertise immobilière :	1 894 €	1 894 €
- Expertise comptable :	952 €	952 €
- Autre expertise matérielle :	114 €	114 €
- Arbitrage :	746 €	713 €
- Transaction : identique aux honoraires dus en cas de procédure au fond devant la juridiction compétente		

* Cette somme est accordée pour l'ensemble de la procédure devant cette juridiction. Elle concerne tous les honoraires et frais, notamment la préparation du dossier, la plaidoirie et les frais inhérents à la gestion du dossier.

LEXIQUE

VOUS

L'Assuré, c'est-à-dire l'adhérent d'Apivia Mutuelle et, plus généralement, s'ils vivent sous le toit de sa résidence principale :

- son conjoint,
- leurs enfants mineurs,
- leurs enfants majeurs, âgés de moins de 28 ans, célibataires, sans ressources personnelles,
- leurs ascendants fiscalement à charge,
- les personnes dont l'Assuré ou son conjoint ont la tutelle ou la curatelle,

CONJOINT

Les personnes :

- mariées,
- unies par un pacte civil de solidarité,
- vivant sous le même toit de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.

TIERS

Les personnes qui n'ont pas la qualité d'assuré au titre du contrat.

LA MUTUELLE

Apivia Mutuelle

NOUS

Matmut Protection Juridique

SINISTRE

Litige ou différend concrétisé par le refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Toute situation dans laquelle notre garantie est également accordée à la personne dont les intérêts sont opposés aux vôtres

FRAIS IRRÉPÉTIBLES

Les frais que vous engagez personnellement afin de défendre vos intérêts en justice et susceptibles de faire l'objet d'une indemnisation par le juge au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L.761-1 du Code de la Justice Administrative

DÉPENS

Les frais dont le coût est réglementé et tarifé par une loi ou un décret, engagés à l'occasion d'une action judiciaire

GARANTIES DISTRIBUÉES EN INCLUSION SUR LES CONTRATS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET SOUSCRITES AUPRÈS DE :



Matmut Protection Juridique, SA à directoire et conseil de surveillance au capital de 7 500 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège est situé 66 rue de Sotteville, 76 100 ROUEN, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Rouen sous le numéro 423 499 391 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE "INDIVIDUELLE SENIOR"

VALANT NOTE D'INFORMATION
À CONSERVER PAR L'ASSURÉ

Garantie « INDIVIDUELLE SENIOR » (INVALIDITÉ PERMANENTE PAR ACCIDENT et AIDE À LA VIE QUOTIDIENNE) pour les adhérents de plus de 55 ans souscrite auprès de la compagnie d'assurances ALBINGIA, S.A au capital de 34 708 448,72 euros, RCS NANTERRE 429369309, TVA intracommunautaire n° FR 284 293 69 20, entreprise régie par le code des assurances, 109/111 rue Victor Hugo, 92532 LEVALLOIS PERRET Cedex, référencée sous le N° IA1100214.

1 - INTRODUCTION

1.1 OBJET DU CONTRAT

La garantie est acquise à l'Assuré en cas d'accidents corporels dont il serait victime et survenant 24 heures sur 24 et ce dans le monde entier.

1.2 DURÉE DE LA GARANTIE

La garantie pour chaque Assuré est acquise à compter du jour de la prise d'effet de l'adhésion au contrat Santé « INDIVIDUELLE SENIORS » et pour une durée d'un an.

Elle se renouvelle automatiquement à la date de l'échéance annuelle pour la période prévue au titre de l'adhésion « INDIVIDUELLE SENIORS » SAUF RÉSILIATION DE L'ADHÉSION « INDIVIDUELLE SENIORS » PAR L'ADHÉRENT OU L'ASSUREUR.

La garantie expire de plein droit à l'échéance annuelle de l'adhésion « INDIVIDUELLE SENIORS » suivant le 90^{ème} anniversaire de l'Assuré.

1.3 LES DÉFINITIONS DU CONTRAT

Certains termes sont fréquemment utilisés dans ce contrat d'assurance. La Compagnie vous indique ci-après la signification qu'il convient de leur donner.

Accident : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure dont l'Assuré est victime après la date d'effet du contrat.

Par extension à la notion d'accident, sont également compris dans l'assurance ;

- l'asphyxie, la noyade, l'hydrocution, la chute de la foudre, l'électrocution, l'insolation et la congélation ;
- les inoculations infectieuses dues aux piqûres d'insectes et aux morsures d'animaux ;
- l'empoisonnement causé par des produits alimentaires ou tous autres produits ingérés par erreur ou par suite de l'action criminelle d'un tiers.
- la maladie qui serait la conséquence directe de ce type d'atteinte corporelle.

NE PEUVENT ÊTRE CONSIDÉRÉS COMME UN ACCIDENT AU SENS DE NOTRE DÉFINITION :

- LA RUPTURE D'ANÉVRISME, L'INFARCTUS DU MYOCARDE, L'EMBOLIE CÉRÉBRALE OU L'HÉMORRAGIE MÉNINGÉE,

Ces affections étant couvertes au titre de la garantie maladie si elle est souscrite.

Assuré : Par assuré, il faut entendre :

Les adhérents y compris leurs conjoints inscrits au contrat santé « INDIVIDUELLE SENIORS » souscrit auprès de l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA, âgés de 55 ans minimum et de 89 ans maximum, au jour de leur adhésion au contrat santé « INDIVIDUELLE SENIORS ».

Assureur/Compagnie : ALBINGIA., dont le siège est situé : 109/111 rue Victor Hugo – 92300 LEVALLOIS PERRET.

Bénéficiaire(s) : L'assuré lui-même, sauf stipulation contraire adressée à Albingia au moyen d'une disposition écrite et signée.

Conditions Personnelles : Document remis au Preneur d'assurance et sur lequel sont désignées les personnes Assurées, les garanties choisies et leurs montants, leur date de prise d'effet, l'échéance annuelle du contrat, les limitations de garanties particulières éventuelles, la cotisation correspondante, ainsi que la périodicité de règlement.

Consolidation : Date à partir de laquelle l'état de l'Assuré accidenté est considéré comme stabilisé du point de vue médical alors qu'il existe des séquelles permanentes.

Sinistre : La réalisation d'un événement prévu au contrat. Constitue un seul et même Sinistre, l'ensemble des réclamations se rattachant à un même événement.

Preneur d'assurance : l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA – 108 RUE RONSARD 37100 TOURS **AGISSANT POUR LE COMPTE DES ADHÉRENTS A SON CONTRAT « INDIVIDUELLE SENIORS »**

2 - NATURE ET MONTANT DES GARANTIES

2.1 LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PAR ACCIDENT

OBJET DE LA GARANTIE

Lorsqu'un Assuré est victime d'un Accident garanti et qu'il est médicalement établi qu'il persiste une invalidité permanente partielle ou totale supérieure à 50 % (taux d'Invalidité déterminé conformément au barème d'Invalidité Compagnie), la Compagnie lui verse un capital forfaitaire de 3.000 €.

2.2 LA GARANTIE CAPITAL AIDE À LA VIE QUOTIDIENNE

OBJET DE LA GARANTIE

Lorsque l'Assuré est victime d'un accident garanti et qu'il est médicalement établi qu'il persiste une invalidité permanente partielle ou totale supérieure à 50 % (taux d'Invalidité déterminé conformément au barème d'Invalidité Compagnie), la Compagnie lui verse un capital forfaitaire de 500 € en plus de celui versé au titre de la garantie Invalidité permanente par accident.

- LES MONTANTS MAXIMA GARANTIS CI-DESSUS SONT INDICUÉS PAR ASSURÉ ET PAR ANNÉE D'ASSURANCE.

Aucune indemnité ne sera due par l'assureur en cas d'accident dont serait victime tout assuré âgé de 90 ans et plus au jour du sinistre.

3 - LES EXCLUSIONS DU CONTRAT

3.1 LES EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

- LES ACCIDENTS CAUSÉS OU PROVOQUÉS INTENTIONNELLEMENT PAR L'ASSURÉ OU LE BÉNÉFICIAIRE DU CONTRAT.
- LES ACCIDENTS OCCASIONNÉS PAR LA GUERRE ÉTRANGÈRE ET LA GUERRE CIVILE.
- LES ACCIDENTS CAUSÉS PAR L'UTILISATION DE STUPÉFIANTS OU SUBSTANCES ANALOGUES, MÉDICAMENTS, TRAITEMENTS NON PRESCRITS PAR UNE AUTORITÉ MÉDICALE HABILITÉE.
- TOUTE SUITE ET/OU CONSÉQUENCE DE L'ÉTAT ALCOOLIQUE DE L'ASSURÉ CARACTÉRISÉ PAR LA PRÉSENCE DANS LE SANG D'UN TAUX D'ALCOOL PUR ÉGAL OU SUPÉRIEUR À CELUI FIXÉ PAR LA LOI RÉGISSANT LA CIRCULATION AUTOMOBILE.
- LES CONSÉQUENCES DU SUICIDE CONSOMMÉ OU TENTÉ DE L'ASSURÉ.
- TOUTE SUITE ET/OU CONSÉQUENCE DIRECTE OU INDIRECTE PROVENANT D'UNE QUELCONQUE MISE EN CONTACT ET/OU CONTAMINATION PAR DES SUBSTANCES DITES NUCLÉAIRES, BIOLOGIQUES OU CHIMIQUES.
- LA PARTICIPATION À DES ÉPREUVES DE VITESSE, DES ESSAIS OU DES COMPÉTITIONS NÉCESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS À MOTEUR.
- LORSQUE L'ASSURÉ UTILISE EN TANT QUE PILOTE, MEMBRE D'ÉQUIPAGE OU PASSAGER, TOUT ENGIN OU APPAREIL AÉRIEN QUELCONQUE N'APPARTENANT PAS À UNE COMPAGNIE RÉGULIÈRE OU «CHARTER» DUMENT AGRÉÉE POUR LE TRANSPORT PAYANT DES VOYAGEURS SUR LIGNES RÉGULIÈRES.
PAR LIGNES RÉGULIÈRES IL FAUT ENTENDRE LES VOLS RÉGULIERS DES COMPAGNIES AÉRIENNES DONT LES HORAIRES SONT PUBLIÉS. EN CAS DE CONTESTATION, L'OUVRAGE "ABC WORLD AIRWAYS GUIDE" SERA CONSIDÉRÉ COMME OUVRAGE DE RÉFÉRENCE POUR DÉTERMINER LA QUALIFICATION DE LIGNE RÉGULIÈRE OU NON.
- LA PRATIQUE OU L'ENSEIGNEMENT DE L'ASSURÉ D'UN SPORT À TITRE PROFESSIONNEL,
- LA PARTICIPATION DE L'ASSURÉ À DES RIXES (sauf cas de légitime défense), DES CRIMES, DES PARIS DE TOUTE NATURE.
- LA PRATIQUE DE L'ASSURÉ DE TOUT SPORT AÉRIEN.

4 - QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE

4.1 LA DÉCLARATION DU SINISTRE

L'Assuré ou son représentant légal doit, sous peine de déchéance, déclarer dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 15 jours ouvrés à l'Assureur, tout Sinistre de nature à entraîner les garanties du contrat, à l'adresse suivante : ALBINGIA 109/111 RUE VICTOR HUGO - SERVICE INDEMNISATIONS – ASSURANCES DES PERSONNES – 92300 LEVALLOIS PERRET.

4.2 NON RESPECT DU DÉLAI DE DÉCLARATION

En cas de non respect du délai de déclaration du Sinistre et dans la mesure où la Compagnie établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice, l'Assuré perd, pour le Sinistre concerné, le bénéfice des garanties du contrat, sauf si ce retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

4.3 LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DU SINISTRE

L'Assureur aura impérativement besoin des éléments suivants pour établir le dossier :

DANS TOUS LES CAS :

- Le N° de contrat,
- Une déclaration sur l'honneur relatant de manière détaillée les circonstances de survenance du Sinistre et le nom de témoins éventuels,
- Le premier rapport médical décrivant la nature des blessures ou de l'affection et portant un diagnostic précis,
- En cas d'Accident uniquement, le procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales établissant les circonstances du Sinistre, à défaut les coordonnées du procès verbal établi ou de main courante.

En cas d'Accident de la circulation, il convient de préciser si l'Assuré était conducteur ou passager du véhicule.

POUR LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PAR ACCIDENT :

- la notification d'Invalidité Permanente de la Sécurité Sociale.
- un certificat médical de consolidation.

Dans ce dernier cas, il sera demandé à l'Assuré de se soumettre à toute expertise médicale requise par l'Assureur.

4.4 LE RÈGLEMENT DU SINISTRE

APPRÉCIATION DU SINISTRE

L'Assuré ou son représentant légal s'engage à remettre à l'Assureur toutes les pièces lui permettant d'apprécier si le Sinistre déclaré s'inscrit bien dans le cadre de la garantie demandée. Au cas où l'Assuré ou son représentant légal refuserait sans motif valable de communiquer ces pièces ou de se soumettre à un contrôle médical d'un médecin expert mandaté par l'Assureur et si après avis donné 48 heures à l'avance par lettre recommandée, il persistait dans son refus, l'Assuré ou le(s) Bénéficiaire(s) serai(en)t déchu(s) de tout droit à indemnités.

Si des pièces médicales complémentaires ou tout autre document justificatif s'avèrent nécessaires, l'Assuré ou son représentant légal en sera personnellement averti par courrier.

AGGRAVATION INDÉPENDANTE DU FAIT ACCIDENTEL OU PATHOLOGIQUE

Si les conséquences d'un Accident sont aggravées par l'état constitutionnel, par l'existence d'une incapacité antérieure, par un traitement empirique, ou par le refus ou la négligence de la part de l'Assuré de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état, l'indemnité sera calculée non pas sur les suites effectives du cas, mais sur celles qu'elles auraient eues chez un sujet de santé normale soumis à un traitement médical rationnel et approprié.

EXPERTISE

En cas de désaccord entre les parties, chacune d'entre elles choisit un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, un tiers expert est désigné par le Président du Tribunal compétent, du lieu de Domicile de l'Assuré. Cette nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt 15 jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert et s'il y a lieu, la moitié des honoraires du tiers expert et des frais de sa nomination.

Aucune action ne peut être exercée contre l'Assureur tant que le tiers expert n'a pas tranché le différend.

DÉLAI DE RÈGLEMENT

L'indemnité est payable sans intérêt dans le délai de 15 jours de sa fixation. Le paiement de l'indemnité est définitif et décharge l'Assureur de tout recours ultérieur se rapportant au Sinistre ou à ses suites.

EXTRAIT DES CONDITIONS GÉNÉRALES

5 - DISPOSITIONS DIVERSES

5.1 SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Conformément aux dispositions du Code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du Preneur d'assurance ou de l'Assuré, portant sur les éléments constitutifs du risque, est sanctionnée par une nullité du contrat.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte sans mauvaise foi de la part du Preneur d'assurance ou de l'Assuré et constatée avant tout Sinistre, la Compagnie a le droit soit de résilier le contrat, soit de le maintenir moyennant une augmentation de la cotisation. Si une telle omission ou déclaration inexacte n'est constatée qu'après le Sinistre, l'indemnité sera réduite.

6 - PRESCRIPTION - ÉLECTION DE DOMICILE

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

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 sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusqu'à là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Conformément à l'article L.114-2 du code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'assuré à l'assureur en concerne le règlement de l'indemnité.

Pour la garantie décès consécutif à un accident, la prescription est portée à 10 ans lorsque les bénéficiaires du contrat sont les ayants-droit de l'assuré. Pour l'exécution du présent contrat, l'Assureur fait élection de domicile en son siège social en France. Seule est reconnue la compétence des juridictions françaises sauf disposition contraire prévue aux Conditions Personnelles.

7 - INFORMATIQUE, FICHIERS, LIBERTÉ

Conformément à l'article de la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'Assuré peut demander à l'Assureur, communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la société, de ses mandataires et des organismes professionnels concernés.

8 - MÉDIATION

En cas de difficultés, le Preneur d'assurance consulte d'abord son interlocuteur habituel et si sa réponse ne le satisfait pas, il pourra adresser sa réclamation à la Direction générale de ALBINGIA 109/111, rue Victor Hugo 92532 Levallois Perret cedex, en n'oubliant pas de préciser son numéro de dossier.

Si, enfin le désaccord persiste après la réponse donnée par ALBINGIA, le Preneur d'assurance peut demander l'avis du médiateur dont les conditions d'accès lui sont communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.



CONDITIONS GÉNÉRALES

DE LA GARANTIE AVANTAGES SOUTIEN FINANCIER

VALANT NOTE D'INFORMATION À CONSERVER PAR L'ASSURÉ

CENTRE DE GESTION

Apivia Santé - 108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 TOURS Cedex 2.
Tél. 02 47 70 40 70 - Fax : 02 47 70 40 75.

SAS au capital de 1 500 000 €, dont le siège social est situé 7 rue Saint-Jacques 86100 CHÂTELLERAULT - RCS n° 391 897 261 - ORIAS n° 07 019 262.

La présente notice regroupe les principales dispositions du contrat collectif n° 8.427.369 souscrit par AVANTAGES au profit des Assurés souscripteurs d'un contrat d'assurance santé géré par le CENTRE DE GESTION et dont l'Assuré souscripteur peut demander, à tout moment et sans frais, la communication intégrale.

Assureur : Contrat souscrit auprès de COVEA FLEET - 160 Rue Henri Champion - 72035 LE MANS Cedex 1.

Société Anonyme au capital de 93.714.549 euros - RCS LE MANS B342 815 339 - Entreprise régie par le Code des Assurances. Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (Secteur Assurance) - 61 Rue Taitbout - 75009 PARIS.

Toutes actions dérivant de cette garantie sont prescrites par DEUX ANS à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions prévues aux articles L114-1 et L114-2 du Code des Assurances. L'interruption de la prescription peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime ou par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Elle peut également être interrompue par désignation de l'expert à la suite d'un sinistre ou par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription à savoir : la reconnaissance par COVEA FLEET de votre droit à bénéficiaire de la garantie contestée, un acte d'exécution forcée (exemples : commandement de payer, saisie), l'exercice d'une action en justice y compris en référé, devant une juridiction incompétente ou en cas d'annulation de l'acte de saisine pour vice de procédure. L'interruption dure alors jusqu'au terme de cette procédure, sauf carence de parties pendant 2 ans, désistement ou rejet définitif de la demande de celui qui agissait en justice. L'interruption fait courir un nouveau délai de 2 ans.

ARTICLE 1 - DICTIONNAIRE

1 – Définitions relatives aux personnes

◆ *Assuré*

Toute personne physique, souscripteur d'un contrat d'assurance santé en cours de validité dont les Conditions Particulières font expressément référence à la présente garantie SOUTIEN FINANCIER, ainsi que le (la) conjoint(e) ayant le même domicile fiscal que l'Assuré.

2 – Définitions relatives aux garanties

◆ *Cessation d'activité suite à dépôt de bilan*

Cessation de toute activité de l'entreprise suite à un dépôt de bilan constaté par un jugement du Tribunal de Commerce.

◆ *Licenciement économique*

Cessation de toute activité professionnelle, imposée par l'employeur suite à un licenciement économique, et confirmée par un courrier recommandé.

◆ *Affections de longues durées ALD-30*

Affections, dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur la liste des 30 Affections de Longue Durée (ALD-30) établie par décret et définie par le Code de la Sécurité Sociale. L'Affection de Longue Durée ALD-30 doit être constatée par le médecin traitant et reconnue par le médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie au cours de la période de garantie.

◆ *Polypathologies ALD-32*

Le terme « polypathologies » est employé en cas d'atteinte par plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois. L'état de polypathologies ALD-32 doit être constaté par le médecin traitant et reconnu par le médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie au cours de la période de garantie.

◆ *Délai de carence*

Période de trois (3) mois, décomptée à partir de la date de réalisation de l'un des risques susvisés, pendant laquelle le versement des indemnités ne peut avoir lieu.

ARTICLE 2 - GARANTIES ACCORDÉES

1 – Objet, montant et limite de la garantie

Suite à la réalisation de l'un des risques suivants :

- licenciement économique,
- cessation d'activité suite à dépôt de bilan,
- affections de longues durées (ALD-30) ou polypathologies (ALD-32),

a) nous prenons en charge 12 mois de cotisation, sur la base de la cotisation annuelle T.T.C. fixée au dernier terme principal émis ou au dernier avenant validé à la date de réalisation du risque, dans la limite de 1.000,00 € par sinistre et par année d'assurance,

b) nous remboursons les abonnements aux activités sportives dans la limite de 500,00 € par sinistre et par année d'assurance. Ce remboursement correspond à la période comprise entre la date effective de réalisation du risque et la date d'échéance de (des) l'abonnement(s) et est calculé au prorata temporis.

La cessation de l'activité professionnelle ou l'état pathologique ouvrant droit à garantie doivent toujours être constatés pendant la période de garantie et à l'issue du délai de carence de trois mois précité.

2 – Effet et durée de la garantie

◆ *Prise d'effet de la garantie*

La garantie est subordonnée à l'existence d'un contrat d'assurance santé dont les Conditions Particulières font expressément référence à la garantie SOUTIEN FINANCIER et en cours de validité au jour de l'événement. Elle est acquise à l'Assuré après réception du règlement de la cotisation.

◆ *Durée de la garantie*

La durée de la garantie est liée à la période de validité du contrat d'assurance santé. Elle cesse et est automatiquement résiliée à la même date et dans les mêmes conditions dès lors que le contrat d'assurance santé est résilié.

3 – Exclusions

AUCUNE GARANTIE NE POURRA ÊTRE DÉLIVRÉE A L'ASSURÉ :

- ◆ EN CAS DE SUSPENSION OU RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ,
- ◆ EN CAS DE NON RÉGULARISATION DES COTISATIONS ÉMISES AU TITRE DU PRÉSENT CONTRAT,
- ◆ EN CAS DE NON JUSTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR D'UN LICENCIEMENT ÉCONOMIQUE,
- ◆ EN CAS DE FAILLITE FRAUDULEUSE,
- ◆ EN CAS D'ABSENCE DE JUGEMENT DE DÉPÔT DE BILAN DE LA SOCIÉTÉ RENDU PAR LE TRIBUNAL DE COMMERCE,
- ◆ EN CAS DE NON-CLASSIFICATION EN AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD-30) OU POLYPATHOLOGIES (ALD-32) PAR LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE.

ARTICLE 3 - SINISTRES

1 - L'Assuré doit fournir :

a) suite à un licenciement économique :

- une copie du courrier recommandé de l'employeur faisant état du licenciement économique,
- une copie de l'attestation Pôle Emploi de rupture du contrat de travail (émise par l'employeur),
- une copie de l'attestation d'inscription au Pôle Emploi en tant que demandeur d'emploi,
- un relevé de situation Pôle Emploi émis à l'issue du délai de carence de 3 mois.

b) suite à un dépôt de bilan de l'activité professionnelle :

- une copie du jugement du Tribunal de Commerce indiquant le dépôt de bilan avec cessation d'activité,
- une copie de l'attestation d'inscription au Pôle Emploi en tant que demandeur d'emploi,
- un relevé de situation Pôle Emploi émis à l'issue du délai de carence de 3 mois.

OPTION SOLUTION FINANCEMENT SANTÉ

c) suite à une maladie déclarée en affections de longue durée ou polyopathologies :

- une copie du protocole de soins établi par le médecin traitant et validé par le médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie indiquant les dates de début de la maladie et de reconnaissance par le corps médical en Affections de Longue Durée (ALD-30) ou en polyopathologies (ALD-32),
- une copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie mentionnant la prise en charge à 100% pour affections de longue durée ou polyopathologies.

2 - Toute demande d'indemnisation devra être accompagnée :

- du dernier justificatif de cotisation annuelle (avis d'échéance terme ou avenant en cours de contrat) validé par le CENTRE DE GESTION et émis avant la date du sinistre,
- de la facture originale acquittée du ou des abonnements annuels d'activités sportives précisant le montant de la cotisation réglée, le fractionnement et la période concernée.

3 - Pour la « prise en charge de la cotisation du contrat d'assurance santé », AVANTAGES effectuera le règlement par subrogation au CENTRE DE GESTION qui s'engage à créditer le compte du contrat santé auquel la présente garantie se rattache. L'imputation de ce crédit commence à la date où la cotisation à échoir acquittée par l'Assuré au moment du sinistre cesse ses effets, soit au prochain terme en cas de fractionnements annuel, semestriel ou trimestriel, soit encore au prochain prélèvement à émettre en cas de fractionnement mensuel. Ce crédit ne peut par conséquent ni donner lieu à ristourne sur une cotisation déjà réglée, ni servir à compenser une cotisation impayée. Pour le « remboursement de (des) l'abonnement(s) aux activités sportives », AVANTAGES effectuera directement le règlement par chèque auprès de l'Assuré.

ARTICLE 4 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Votre conseiller en assurances est un professionnel qui peut vous aider ou vous assister. N'hésitez pas à le contacter. Notre service Réclamations client est également à votre disposition. Vos demandes sont à transmettre à : COVEA FLEET, Service Réclamations client, 160 Rue Henri Champion, 72035 LE MANS CEDEX 1. Le Service Réclamations accusera réception de votre demande dans un délai de 10 jours et s'engage à vous répondre dans un délai de 2 mois. Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse apportée par le Service Réclamations client, vous avez la possibilité de solliciter l'avis du Médiateur.

ARTICLE 5 - LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

L'Assuré a le droit de demander communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la société AVANTAGES. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse du siège de la société AVANTAGES. LOI 78.17 du 06/01/1978.

IMPORTANT

- SI L'ASSURÉ NE RESPECTE PAS LES DÉLAIS OU NE SE SOUMET PAS A CES OBLIGATIONS, IL POURRA ÊTRE DÉCHU DE TOUT DROIT A INDEMNITÉ POUR CE SINISTRE ET/OU LITIGE SI NOUS POUVONS APPORTER LA PREUVE QUE LE NON-RESPECT DE CETTE OBLIGATION NOUS A FAIT SUBIR UN PRÉJUDICE.
- TOUTE DÉCLARATION INEXACTE, TOUTE RÉTICENCE OU OMISSION VOLONTAIRE QUANT AUX FAITS AYANT DONNÉ NAISSANCE AU LITIGE ET/OU SINISTRE OU QUANT AUX ÉLÉMENTS POUVANT SERVIR A SA SOLUTION ENTRAÎNE LA DÉCHÉANCE DU DROIT A GARANTIE POUR LE LITIGE ET/OU LE SINISTRE CONSIDÉRÉ.
- DANS LE CAS OU IL S'AVÈRERAIT QUE NOUS AURIONS ÉTÉ AMENÉS A DÉCLENCHER NOS GARANTIES ALORS QUE LE BÉNÉFICIAIRE N'ÉTAIT PLUS OU PAS ASSURÉ, LES FRAIS ENGAGÉS LUI SERAIENT INTÉGRALEMENT REFACTURÉS, DE MÊME S'IL AVAIT VOLONTAIREMENT FOURNI DE FAUSSES INFORMATIONS SUR LES CAUSES L'AMENANT A DEMANDER NOTRE INTERVENTION.

L'option « Solution Financement Santé » donne accès à une offre de crédit affecté à une dépense médicale ou paramédicale (prothèses auditives, prothèses dentaires, dépassements d'honoraires, chirurgie esthétique, etc). Cette offre est exclusivement réservée aux adhérents du présent contrat collectif souscrit auprès de l'organisme d'assurance.

Pour bénéficier de cet accès à l'offre « Solution Financement Santé », le souscripteur doit cocher sur le bulletin d'adhésion complémentaire santé sa volonté d'être contacté par l'intermédiaire en opération bancaire FPS, numéro ORIAS 07 029 284 agissant en qualité de mandataire du crédit Municipal de Toulon - SIRET 268 300 803 - et peut donc de ce fait apporter son concours à la réalisation d'opérations de crédit sans agir en qualité de prêteur. Etablissement soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue de Taitbout, 75 009 Paris.

Le coût de cet accès en option à une « Solution Financement Santé » est de 30 euros, payés en une seule fois lors de la souscription d'un contrat complémentaire santé auprès de l'organisme d'assurance.

L'intermédiation en opération bancaire FPS, assumera la gestion administrative de l'offre « crédit santé » ainsi que le suivi, afin de transmettre les demandes de crédit santé au Crédit Municipal de Toulon, seul chargé d'étudier - et le cas échéant - de formuler une offre de crédit affecté.

Le montant maximum du prêt est de 2 000 € par bénéficiaire.

La présentation de la facture d'achat est obligatoire pour le déblocage des fonds.

L'offre « Solution Financement Santé » s'adresse aux adhérents de 18 à 78 ans.

Le Crédit Municipal de Toulon, 10 place Vincent Raspail 83 000 Toulon - SIRET 268 300 803, agira en qualité de prêteur et dans le cadre des dispositions des articles L331-1 et suivants du code de la consommation auxquels il est soumis. À ce titre, il est rappelé que lors de l'étude des dossiers de financement, le Crédit Municipal de Toulon, reste seul juge, compte tenu notamment de sa politique de risque et de rentabilité, de la décision d'accepter ou de refuser les demandes de financement. Il n'a pas à justifier sa décision.

Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager. Les dispositions générales et particulières du contrat « Solution Financement Santé » seront remises aux clients lors de la souscription de l'option « Solution Financement Santé ».

Aucun versement, de quelque nature que ce soit, ne peut être exigé d'un particulier, avant l'obtention d'un ou plusieurs prêts d'argent.