

CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT

« ÉQUILIBRE SANTÉ Plus jusqu'à 54 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 le livre 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 « ÉQUILIBRE SANTÉ Plus jusqu'à 54 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.orias.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 « ÉQUILIBRE SANTÉ Plus jusqu'à 54 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 « ÉQUILIBRE SANTÉ Plus jusqu'à 54 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 « ÉQUILIBRE SANTÉ Plus jusqu'à 54 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 « ÉQUILIBRE SANTÉ Plus jusqu'à 54 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 médicale 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 « 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 93S02898), sise 2 rue de la Løjerneta, 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 ; et une « Garantie Décès » jusqu'à 65 ans suite à décès toutes causes souscrite auprès de la société HENNER, SA au capital de 8 212 500 euros, RCS Nanterre 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).

Le détail des notices d'information valant conditions générales des garanties Assistance, Recours médical, Avantages soutien financier, 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 jusqu'à 54 ans. Passé cette limite d'âge, l'assuré ne peut prétendre qu'à la souscription d'une option prévue dans le contrat « ÉQUILIBRE SANTÉ Plus à partir de 55 ans » ou sur un autre produit de la gamme.

Toutefois, l'assuré qui a souscrit avant 55 ans peut conserver à vie son contrat santé initialement souscrit.

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 « ÉQUILIBRE SANTÉ Plus jusqu'à 54 ans » est la date d'anniversaire du contrat.

6-2 Le contrat « ÉQUILIBRE SANTÉ Plus jusqu'à 54 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 221-18 du code de la consommation.

Suivant les dispositions des articles L 221-21 et 22 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 aux articles L 221-5 à 7 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 aux articles R. 221-2 à 4 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 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 221-1 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 au 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 « ÉQUILIBRE SANTÉ Plus jusqu'à 54 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 « ÉQUILIBRE SANTÉ Plus jusqu'à 54 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.

À 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. 221-10 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 ou au 10 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 « ÉQUILIBRE SANTÉ Plus jusqu'à 54 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 et durée, 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 :

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 :

● Maladie-Chirurgie

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 maternité. Ils sont plafonnés à 25 euros par jour sur le niveau 125, à 45 euros par jour sur le niveau 150 et à 55 euros par jour sur le niveau 200.

● Séjours en réadaptation fonctionnelle, rééducation, moyen séjour, cures et convalescence

Les frais de chambre particulière ne sont pas garantis dans les six premiers mois qui suivent la date d'effet du contrat.

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

● Maladie-Chirurgie-Maternité

Les frais de chambre particulière sont portés à 35 euros par jour sur le niveau 125, à 55 euros par jour sur le niveau 150 et à 65 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.

● Séjours en réadaptation fonctionnelle, rééducation, moyen séjour, cures et convalescence

Passé six mois, les frais de chambre particulière sont pris en charge durant une période de 30 jours maximum par année d'assurance et par bénéficiaire, pour un montant de 35 euros par jour sur le niveau 125, 45 euros par jour sur le niveau 150 et 55 euros par jour sur le niveau 200.

Sont exclus de cette garantie les frais de chambre particulière relatifs à une hospitalisation psychiatrique, neuropsychiatrique et assimilés, ainsi qu'à 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 un 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 Maternité-Adoption :

Dans le cadre d'une hospitalisation liée à la maternité, en complément des frais de chambre particulière accordés ci-avant, la naissance d'un enfant fait l'objet du versement d'un forfait après 9 mois de souscription : pour les niveaux 100 et 125 de 50€, pour le niveau 150 de 100€ et pour le niveau 200 de 150€. Ce forfait est versé à l'assuré pour la naissance ou l'adoption de chaque enfant, et subordonné à l'enregistrement de l'enfant en qualité de bénéficiaire, au paiement le cas échéant de la cotisation complémentaire correspondante, et à la réception par le CENTRE DE GESTION de l'acte de naissance accompagné de la demande d'enregistrement dans le mois qui suit la naissance.

12-6-3 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'ostéopathe, d'étiopathe, de chiropracteur, d'acupuncteur, d'homéopathe, de pédicure et de diététicien 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.

A compter du 1er janvier 2018 : prise en charge des consultations de diététiciens, dans la limite du forfait prévu au tableau des prestations et pour un montant maximum par consultation de 25 euros.

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 nicotiniques pour arrêter de fumer (intervention de l'ORGANISME ASSUREUR en complément du forfait versé par la Sécurité Sociale de 150 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 (autotensionnètre) - 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.

12-6-4 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 ET FRAIS D'ORTHODONTIE 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 4ème année.

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

FORFAIT « DENTAIRE NON REMBOURSABLE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE » :

Ce forfait est destiné à couvrir les dépenses de prothèses dentaires, d'implants, de parodontologie et d'orthodontie non remboursées par le régime obligatoire. Passé les douze premiers mois qui suivent la date d'effet, il est pris en charge par année d'assurance et par bénéficiaire dans la limite de 50 euros sur les niveaux 100 et 125, de 100 euros sur le niveau 150, et de 150 euros sur le niveau 200.

12-6-5 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 4ème année. Le bonus « Avantage fidélité » s'applique à chaque membre inscrit au contrat.

12-6-6 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, de protection juridique médicale, d'une garantie « Avantages soutien financier » et d'une allocation obsèques, dont le détail est reporté en suivant des présentes.

En option :

- D'une garantie optionnelle « Individuelle Accident » en cas de décès accidentel des adhérents ou de leurs enfants 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 « 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).

Les garanties « Individuelle Enfants » et « Individuelle Accident » ont été souscrites 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 « Allocation Obsèques » en cas de décès toutes causes :

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. 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.

Cette garantie 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'indemnisatation 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 de votre identifiant adressé à la souscription par l'ORGANISME ASSUREUR, celui-ci est également inscrit sur votre carte de tiers payant.

- 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 FRANCE MÉTROPOLITAINE

POUR L'ASSISTANCE AUX PERSONNES

VALANT NOTE D'INFORMATION À CONSERVER PAR L'ASSURÉ

Dans le cadre des contrats collectifs à adhésion facultative souscrits auprès d'Apivia Mutuelle, soumise aux dispositions de Livre II du code de la mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 575.709.710, 45-49 avenue Jean Moulin, 17 000 La Rochelle ; permet aux adhérents et aux personnes désignées sur les contrats santé et ayant la qualité d'assuré de bénéficier d'une garantie d'assistance dans les conditions visées à la présente notice d'information et conformément à l'article L221-3 du code de la mutualité.

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, ci-après dénommée « IMA », société anonyme 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 - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

IMA intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant : 0970 820 692 (appel non surtaxé).
Pour joindre IMA depuis l'étranger, composez le (33) 05 49 34 82 80.

GARANTIES D'ASSISTANCE

1 - DÈS LA SOUSCRIPTION

1.1. CONSEIL SOCIAL

IMA organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un Travailleur Social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

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

1.2. INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français.

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

2 - EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION

Vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 2 jours ou immobilisé plus de 5 jours, de façon imprévue, suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ? Ou êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon programmée suite à un accident ou une maladie ?

2.1. AIDE-MÉNAGÈRE

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

2.2. PRÉSENCE D'UN PROCHE

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

IMA organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

2.3. SERVICES DE PROXIMITÉ

IMA organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 20 jours :

2.3.1. LIVRAISON DE MÉDICAMENTS

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à une livraison par évènement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

2.3.2. PORTAGE DE REPAS

La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas ou de les faire préparer par l'entourage*.

La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il 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.

** sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.*

2.3.3. PORTAGE D'ESPÈCES

- Le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile
- Ou le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €

lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai de 30 jours.

2.3.4. LIVRAISON DE COURSES

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

2.3.5. COIFFURE À DOMICILE

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

2.4. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

Si vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon programmée ou imprévue, IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- La visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »
- La garde de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »
- La garde de l'animal chez un « pet sitter »

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 interventions réparties sur une période maximale de 20 jours.

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

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

Si vous ou votre conjoint êtes immobilisé plus de 5 jours au domicile de façon imprévue suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible, IMA organise et prend en charge la promenade du chien de l'adhérent par un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'intervention est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 interventions réparties sur une période maximale de 20 jours.

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

2.5. FERMETURE DU DOMICILE QUITTÉ EN URGENCE

Si vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon imprévue suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible, IMA organise et prend en charge, en l'absence d'un proche présent localement, 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 garantie 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 garantie 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 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 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.

2.6. PRÉPARATION DU RETOUR AU DOMICILE

Si vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 14 jours de façon programmée ou imprévue, IMA organise et prend en charge, en l'absence d'un proche présent localement, la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette garantie 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 garantie 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 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 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 de l'hôpital et qu'il ait été missionné 48 heures avant cette sortie, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

2.7. TRANSFERT POST-HOSPITALISATION CHEZ UN PROCHE

Si vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon programmée ou imprévue, IMA organise et prend en charge 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 1^{ère} classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 euros par trajet aller-retour.

2.8. TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA organise en prend en charge, sur une période de 20 jours, un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

3 - LES PLUS FAMILLE

3.1. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (<16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

Vous, votre conjoint ou votre enfant êtes hospitalisé plus de 24 heures ou immobilisé plus de 5 jours, de façon imprévue, suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ? Ou êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon programmée suite à un accident ou une maladie ?

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

3.1.1. LE DÉPLACEMENT D'UN PROCHE

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

3.1.2. LE TRANSFERT DES ENFANTS

Le déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

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

3.1.3. LA GARDE DES ENFANTS

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

3.2. GARDE DES FRÈRES ET SŒURS (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

Si votre enfant est hospitalisé plus de 2 jours de façon imprévue ou programmée, IMA organise et prend en charge, lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, la garde de jour des autres enfants par :

- Le déplacement aller-retour d'un proche
- Ou s'il y a lieu la venue d'un intervenant habilité du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

3.3. REMPLAÇANTE DE GARDE D'ENFANTS

Si la garde salariée habituelle de vos enfants est hospitalisée plus de 2 jours ou immobilisée plus de 5 jours, de façon imprévue, suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ou si elle est hospitalisée plus de 2 jours de façon programmée suite à un accident ou une maladie, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

3.4. CONDUITE À L'ÉCOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS

Vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 24 heures ou immobilisé plus de 5 jours, de façon imprévue, suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ou êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon programmée suite à un accident ou une maladie ?

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA 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 maximale de 20 jours.

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

3.5. CONDUITE AUX ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA 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 maximale de 20 jours.

3.6. SOUTIEN SCOLAIRE À DOMICILE (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

Si votre enfant est immobilisé plus de 14 jours de façon imprévue suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible.

IMA organise et prend en charge, dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/ géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours.

3.7. AIDE AUX DEVOIRS

Vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 2 jours ou immobilisé plus de 5 jours, de façon imprévue, suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ? Ou êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon programmée suite à un accident ou une maladie ?

IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, à raison de 2 heures par enfant et par semaine.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 20 jours.

3.8. PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

Vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 24 heures ou immobilisé plus de 5 jours, de façon imprévue, suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ? Ou êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon programmée suite à un accident ou une maladie ?

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

3.8.1. LE DÉPLACEMENT D'UN PROCHE

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, pour garder les ascendants au domicile.

3.8.2. LE TRANSFERT DES ASCENDANTS CHEZ UN PROCHE

Le déplacement aller-retour des ascendants ainsi que celui d'un adulte les accompagnants, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

3.8.3. LA GARDE DES ASCENDANTS

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

4 - LES PLUS MATERNITÉ

4.1. AIDE-MÉNAGÈRE

À la naissance ou à l'adoption de votre premier enfant, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 4 heures (2 heures minimum par intervention) dans les 20 jours qui suivent le retour au domicile.

En cas de :

- Grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de vous ou de votre conjoint,
- Ou accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours,
- Ou naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25^{ème} semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32^{ème} semaine d'aménorrhée révolue),
- Ou naissance multiple.

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

4.2. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (<16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

Les garanties sont acquises :

- En cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de vous ou de votre conjoint,
- Ou en cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours,
- Ou à la naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25^{ème} semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32^{ème} semaine d'aménorrhée révolue),
- Ou en cas de naissance multiple.

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

4.2.1. LE DÉPLACEMENT D'UN PROCHE

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

4.2.2. LE TRANSFERT DES ENFANTS

Le déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnants, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

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

4.2.3. LA GARDE DES ENFANTS

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

4.3. ACQUISITION DES GESTES 1ER ENFANT

À la naissance ou à l'adoption de votre premier enfant, IMA organise et prend en charge l'envoi d'un intervenant qualifié au domicile pour faciliter l'acquisition des gestes liés à la maternité.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 4 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 10 jours suivant le retour au domicile.

4.4. LIVRAISON DE MÉDICAMENTS

En cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucun proche n'est en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison dans les 20 jours qui suivent le retour au domicile. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

5 - LES PLUS EMPLOI

5.1 AIDE AU RETOUR À L'EMPLOI

Si vous ou votre conjoint êtes dans l'impossibilité d'exercer votre emploi actuel suite à un accident ou une maladie invalidante, IMA propose une aide au retour à l'emploi.

Selon la situation, l'accompagnement porte sur les domaines suivants :

- Recueil de données et analyse de la situation professionnelle,
- Informations, orientations et conseils dans les démarches liées à l'évolution et au changement de la situation professionnelle, les acteurs et organismes compétents, préconisations relatives à l'aménagement du poste de conduite ou de travail, aide à la réflexion et à la décision...

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens téléphoniques avec un travailleur social et/ou un ergothérapeute, dans les 12 mois suivant l'événement.

Si nécessaire, une aide à la recherche d'un nouvel emploi est proposée :

- Techniques de recherches d'emplois : comment rédiger un CV et une lettre de motivation, préparer une prospection téléphonique, préparer un entretien d'embauche,
- Prospection d'offres d'emploi : mise en ligne du CV du candidat sur le site internet d'un consultant en ressources humaines, accès aux offres Intranet de ce consultant.

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens individuels et 6 entretiens téléphoniques sur une durée de 8 mois.

L'aide à la recherche d'un emploi ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par IMA auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève.

En outre, la responsabilité d'IMA ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire, du ou des renseignements(s) communiqué(s).

5.2. BILAN D'EMPLOYABILITÉ

En cas de perte d'emploi, IMA met en œuvre un bilan employabilité lors duquel les thèmes suivants sont abordés :

Bilan du parcours du bénéficiaire

- Identifier les acquis professionnels,
- Analyser le CV existant.

Pré diagnostic des compétences, valeurs et intérêts du bénéficiaire

- Analyser les principaux traits de personnalité,
- Identifier les compétences aptitudes et freins,
- Identifier les valeurs.

Cette garantie de 3h maximum, est découpée en 2 fois 1h de face à face, 1 heure post bilan si nécessaire et d'un travail individuel de la part du bénéficiaire. La garantie est limitée à une fois par an.

5.3. CONSEIL 1^{ER} EMPLOI

En cas de non activité 6 mois après l'obtention du diplôme, IMA met en œuvre une aide au premier emploi se décomposant de la façon suivante :

- 1 RDV téléphonique
- 2 RDV Skype de 45 min,
- Une correction d'un CV et d'une lettre de motivation,
- Un suivi sur 45 jours

L'aide au premier emploi ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par IMA auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève.

En outre, la responsabilité d'IMA ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire, du ou des renseignements(s) communiqué(s).

6 - GARANTIES LIÉES AUX RETRAITÉS ET SENIORS

6.1. COACHING CONDUITE

IMA prend en charge (hors urgence médicale), le coaching conduite senior afin d'accompagner les compétences des conducteurs en situation de conduite, de conforter les acquis et de mettre en confiance les conducteurs âgés avec un formateur post-permis. Un livret « Code senior » est remis à l'issue de la formation.

Cette garantie est limitée à une fois sur 12 mois.

6.2. COACH RETRAITE

Afin d'aborder sereinement le départ à la retraite de l'adhérent ou de son conjoint, IMA propose :

- Une aide au choix de la date de départ à la retraite,
- Une évaluation des impacts sur la vie économique, sociale et familiale,
- Une aide à la formulation d'un nouveau projet de vie,
- Des préconisations personnalisées,
- Et une aide dans les démarches,

La garantie est limitée à 6 entretiens téléphoniques avec un travailleur social sur une période de 12 mois.

7 - EN CAS D'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT

7.1. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires.

IMA organise et prend en charge selon la situation :

- Jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- Et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

8 - EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE

- En cas de déclaration, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours de vous, de votre conjoint ou de votre enfant,
- En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadritérapie ou curiethérapie de vous, de votre conjoint ou de votre enfant,
- En cas d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadritérapie ou curiethérapie, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de vous, de votre conjoint ou de votre enfant,

IMA, organise et prend en charge les garanties ci-dessous à utiliser sur une période de 12 mois à compter de la survenance de l'événement.

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

Ces garanties ne sont pas cumulables avec les garanties décrites aux points 2, 3 et 10.

8.1. ENVELOPPE DE SERVICES

IMA met à disposition du bénéficiaire une enveloppe de services limitée à 50 unités de consommation.

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 garanties et que celles-ci auront débuté.

Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unité.

8.2. TÉLÉASSISTANCE

IMA 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 90 jours.

Les frais d'accès au service comprennent :

- L'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- Si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- Si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA, l'adhérent pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.

8.3. BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

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

Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie). Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile.

8.4. SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA met en relation 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 n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du code civil, dans la limite d'un dossier par événement.

Le service comprend :

- La mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,

- Le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de tva, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- Un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- Un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge du bénéficiaire qui doit transmettre à la structure du groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la copie de la facture acquittée.

La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

9 - EN CAS DE DÉCÈS

9.1. AIDE À LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

IMA communique les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour aider les proches à organiser les obsèques.

9.2. AUTRES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, IMA organise et prend également en charge les garanties suivantes :

- Aide à domicile (dans les conditions décrites à l'article 2.1),
- Présence d'un proche (dans les conditions décrites à l'article 2.2),
- Prise en charge des enfants (dans les conditions décrites à l'article 3.1),
- Conduite à l'école et aux activités extrascolaires (dans les conditions décrites aux articles 3.4 et 3.5),
- Prise en charge des ascendants vivants au domicile (dans les conditions décrites à l'article 3.8),
- Prise en charge des animaux domestiques (dans les conditions décrites à l'article 2.4).

10 - EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE COMPRENANT UNE NUIT

10.1. AIDE-MÉNAGÈRE

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de vous ou de votre conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

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

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

10.2. PRÉSENCE D'UN PROCHE

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA organise et prend en charge le déplacement aller-retour d'un proche par train 1^{ère} classe ou avion classe économique.

IMA organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit

10.3. SERVICES DE PROXIMITÉ

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 10 jours :

10.3.1. LIVRAISON DE MÉDICAMENTS

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à une livraison par événement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

10.3.2. PORTAGE DE REPAS

La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas ou de les faire préparer par l'entourage*.

La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il 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.

* sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.

10.3.3. PORTAGE D'ESPÈCES

- Le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile
- Ou le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €

lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai de 30 jours.

10.3.4. LIVRAISON DE COURSES

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

10.3.5. COIFFURE À DOMICILE

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

10.4. TRANSFERT CONVALESCENCE CHEZ UN PROCHE

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de vous ou de votre conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA organise et prend en charge 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 1^{ère} classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 euros par trajet aller-retour.

10.5. TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA organise et prend en charge, sur une période maximale de 10 jours, un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

10.6. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (<16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de vous, de votre conjoint ou de votre enfant et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

10.6.1. LE DÉPLACEMENT D'UN PROCHE

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

10.6.2. LE TRANSFERT DES ENFANTS

Le déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnants, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

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

10.6.3. LA GARDE DES ENFANTS

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

10.7. GARDE DES FRÈRES ET SŒURS (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit d'un enfant et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants par :

Le déplacement aller-retour d'un proche,

Ou s'il y a lieu la venue d'un intervenant habilité du lundi ou vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

10.8. CONDUITE À L'ÉCOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de vous ou de votre conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA 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 2 semaines.

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

10.9. CONDUITE AUX ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA 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 2 semaines.

GARANTIES AIDE AUX AIDANTS

11 - POUR L'ADHÉRENT AIDANT

11.1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

11.1.1. FAITS GÉNÉRATEURS

La garantie Assistance Aide aux aidants s'applique :

Lorsque l'adhérent devient aidant,

En cas d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé.

11.1.2. INTERVENTION

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

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

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA dans les DROM, elles sont prises en charge par IMA, en accord préalable avec elle, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

11.2. TELEASSISTANCE

IMA 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 90 jours.

Les frais d'accès au service comprennent :

- L'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- Si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- Si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA, l'aidant ou l'aidé pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

ANNEXE

ENVELOPPE DE SERVICES EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE POUR ADULTE

Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

	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 et/ou retour**	6 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	4 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	2 unités
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 trajet aller et/ou retour	4 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 trajet aller-retour	4 unités

ENVELOPPE DE SERVICES POUR ENFANT

Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

	Unité de mesure	Valeur unitaire
Garde d'enfant malade	1 heure	2 unités
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	6 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité

* Déplacement par train 1^{ère} classe ou avion classe économique. Hébergement dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

** Dans un rayon de 50 km.

La valeur unitaire des garanties de l'enveloppe de services est susceptible d'être modifiée en cas de revalorisation tarifaire des garanties. En cas de modification, l'enveloppe actualisée vous sera transmise.

CONDITIONS D'APPLICATION

FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent en cas :

- D'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- D'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée,
- De chirurgie ambulatoire,
- D'intervention chirurgicale comprenant une nuit et entraînant une immobilisation au domicile,
- De séjour prolongé à la maternité, de naissance multiple, de naissance grand prématuré ou de grossesse pathologique avec allègement,
- De survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation,
- De survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation,
- D'accident ou maladie invalidante,
- De décès,
- De perte d'emploi,
- D'évènement traumatisant,

dans les conditions spécifiées à chaque article.

INTERVENTION

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.

DÉLAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 2, 3, 4, 9 et 10 doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent :

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

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

APPLICATION DES GARANTIES

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

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA 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, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle. IMA 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 pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Les garanties en cas de décès s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de décès et constatées lors de l'évènement.

IMA ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

INFRACTION

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

FAUSSE DÉCLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un évènement garanti entraîne la perte du droit à garantie.

FORCE MAJEURE

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

REFUS DU BÉNÉFICIAIRE

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par IMA, le bénéficiaire organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à la situation, IMA étant déchargée de toute obligation. En aucun cas, IMA ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

EXCLUSIONS POUR L'ASSISTANCE DOMICILE

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

- Dans des établissements et services psychiatriques, gérontologiques et gériatriques,
- 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, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.

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

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- Les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.
- Les décès consécutifs :
 - À une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
 - À la pratique, à titre professionnel, de tout sport ;
 - À la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée,
 - À la participation à des démonstrations, acrobaties, rallies, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
 - À la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes ;
 - À un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance) ;
 - Aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA.

VIE DU CONTRAT

DURÉE DES GARANTIES

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

RÉSILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat collectif souscrit par l'entreprise 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.

SUBROGATION

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

PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1^{er} En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA en a eu connaissance ;

2^e 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 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 ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance non équivoque par IMA du droit à garantie des bénéficiaires ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

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

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA 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.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à Apivia Mutuelle à l'exception des données à caractère médical susceptibles d'être collectées.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA de communiquer les informations médicales susceptibles d'avoir été collectées à tout professionnel de santé devant en connaître pour accomplir la mission de soins confiée par IMA.

À cet effet, dans ces conditions et à l'égard de ces professionnels de santé, les bénéficiaires libèrent IMA ainsi que son personnel médical de son obligation de secret professionnel sur ces informations médicales.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA.

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 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 de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09 ou par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org.

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la notice, les termes ci-après doivent être entendus avec les acceptations suivantes :

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.

ACCIDENT OU MALADIE INVALIDANTE

Accident ou maladie entraînant un taux de déficit fonctionnel supérieur ou égal à 60 % constaté par expertise médicale.

ADHÉRENT

Souscripteur d'un contrat auprès d'Apivia Mutuelle.

AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Modification de l'état de dépendance d'une personne attestée par :

- Le changement de catégorie de l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH),
- Ou l'évolution des droits pour la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- Ou le changement de classement GIR de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

AIDANT

L'adhérent qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche et qui n'est pas salarié pour cette aide.

AIDÉ

Le proche dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.

ANIMAUX DOMESTIQUES

Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), Chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Pour l'assistance à domicile

L'adhérent ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs.

Pour l'assistance à l'adhérent aidant

L'adhérent auprès d'Apivia Mutuelle et l'aidé si l'adhérent est en situation d'aidant.

CENTRE DE CONVALESCENCE

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 centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, n'incluant pas de nuit d'hospitalisation.

DOMICILE

Pour l'assistance à domicile et en déplacement

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

Pour l'assistance à l'adhérent aidant

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

Ne sont pas assimilés au domicile les établissements, médicalisés ou non, ayant pour vocation d'accueillir des personnes en perte d'autonomie.

FRANCE

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre).

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

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

HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

IMMOBILISATION

L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

INTERVENTION CHIRURGICALE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, incluant une seule nuit d'hospitalisation.

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.

MALADIE

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :

Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

En cas d'hospitalisation programmée :

Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

PERTE D'AUTONOMIE

État d'une personne qui relève des droits :

- À l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6,
- Ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- Ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

PROCHE

Pour l'assistance à l'adhérent aidant

Ascendant direct, conjoint de droit ou de fait, descendant direct. Toute personne vivant au domicile de l'adhérent.



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

Dans le cadre des contrats collectifs à adhésion facultative souscrits auprès d'Apivia Mutuelle, soumise aux dispositions de Livre II du code de la mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 775.709.710, 45-49 avenue Jean Moulin CS 60000, 17 034 La Rochelle Cedex 1 ; permet aux adhérents et aux personnes désignées sur les contrats santé et ayant la qualité d'assuré de bénéficier d'une garantie d'assistance dans les conditions visées à la présente notice d'information et conformément à l'article L221-3 du code de la mutualité

Matmut Protection Juridique, Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, au capital de 7 500 000 euros entièrement libéré, Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Rouen, sous le numéro 423 499 391, dont le Siège Social est situé 66 Rue de Sotteville, 76100 ROUEN, ayant reçu agrément par arrêté du 1er octobre 1999 pour pratiquer les opérations correspondant à la branche 17 (protection juridique) mentionnée à l'article R.321-1 du Code des Assurances.

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 de Protection Juridique « Recours Médical » vous 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 vous conservez la qualité d'assuré,
- Et pendant la durée du contrat collectif d'assurance de Protection Juridique nous liant à la Mutuelle,
- Et en France Métropolitaine et dans les DOM.

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 ou à la prise d'effet du contrat collectif de Protection Juridique dont vous bénéficiez,
- Relatifs à la responsabilité médicale des entreprises d'assistance,
- Ayant un intérêt financier inférieur à 150 € ou nécessitant une intervention devant les tribunaux lorsque la somme, en principal, à récupérer ou à payer est inférieure à 760 €,
- Relevant du Conseil d'Etat ou de la Cour de Cassation et 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 0970 820 692 (appel non surtaxé) du lundi au vendredi de 8 h à 18 h ou au (33) 05 49 34 82 80 depuis l'étranger.**

Vous serez alors mis en relation avec un service de conseillers juridiques par téléphone réservé aux adhérents d'Apivia Mutuelle qui répond aux questions d'ordre juridique que vous vous posez, vous informe sur vos droits et vos obligations.

Si nécessaire, il vous communique les coordonnées de l'Assistant Juridique que vous pouvez rencontrer 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,
- En cas d'échec de la procédure amiable et dans la mesure où votre position est défendable au regard des règles de droit applicables, 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 l'exercice de votre recours médical 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, mais seulement en cas de conflit d'intérêts ou 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 cas de conflit d'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 A 444-32 du Code de Commerce 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 dérivant du présent contrat, qu'il s'agisse de sa validité ou de son exécution, est prescrite par deux ans à compter de l'événement 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 :**
 - 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 notre Société à vous-même en ce qui concerne le paiement des cotisations ou par vous-même à notre Société 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. L'ARBITRAGE

En cas de désaccord entre vous et nous sur les mesures à prendre pour le règlement du sinistre, vous pouvez recourir à la procédure d'arbitrage prévue à l'article L127-4 du Code des Assurances.

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 votre charge, dans la limite des plafonds et montants indiqués à la fin du présent contrat.

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

11. LE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Information du client sur les modalités d'examen des réclamations conformément à la recommandation 2015-R-03 de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution du 26 février 2015 et sur la Médiation conformément à l'Ordonnance n° 2015-1033 du 20 août 2015.

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. TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

A - Recours hiérarchique et Service « Réclamations »

1. Recours hiérarchique

En cas de désaccord entre vous et nous, à l'occasion de la distribution, de la gestion du présent contrat ou du règlement d'un sinistre, vous devez

tout d'abord vous adresser à l'Agence ou au Service qui est à l'origine de ce désaccord, afin que toutes les explications éventuellement nécessaires vous soient apportées.

Si vous maintenez votre contestation malgré ces explications, votre réclamation est soumise à la hiérarchie du décisionnaire, qui examine le bien fondé de votre requête.

2. Service « Réclamations »

Si le recours hiérarchique ne permet pas de mettre un terme à notre différend, vous avez la possibilité de saisir le Service « Réclamations » de notre Groupe, 66 rue de Sotteville 76030 Rouen Cedex 01.

3. Délais de réponse

À chaque stade de la procédure décrite ci-avant, un courrier vous est adressé dans les 10 jours ouvrables 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.

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

B - Médiation

1. Modalités de saisine

Si votre désaccord persiste après la réponse du service « Réclamations », vous pouvez saisir directement le Médiateur de l'Assurance en lui écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

ou en accédant à son site internet mediation-assurance.org (sur lequel vous pouvez obtenir toutes les informations relatives au dispositif mis en place par la Profession).

Le Médiateur de l'Assurance ne peut toutefois être saisi que pour les litiges portant sur l'application ou l'interprétation du contrat souscrit. Sont notamment exclus les litiges relatifs à notre politique commerciale, aux refus d'assurance ou à l'opportunité d'une résiliation.

Votre demande doit obligatoirement intervenir dans le délai d'un an à compter de la réception de la réponse du service « Réclamations » et ne faire l'objet de ce stade d'aucune action contentieuse.

Elle doit également comporter toutes les informations nécessaires à son traitement (notamment copie des courriers échangés dans le cadre du traitement de votre réclamation).

2. Délai de réponse

La solution proposée par le Médiateur intervient dans un délai de 90 jours à compter de l'avis attestant de la date de réception du dossier complet du litige, à moins que le Médiateur ne prolonge ce délai s'il estime que le litige est complexe.

3. Opposabilité

L'avis du Médiateur de l'Assurance ne nous lie, ni vous, ni nous, chacun conservant le droit de saisir les tribunaux.

12. L'AUTORITÉ CHARGÉ DU CONTRÔLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Les informations recueillies, destinées à la gestion de nos relations, font l'objet d'un traitement informatique par Matmut Protection Juridique et ses partenaires. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez vous y opposer et disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données auprès de Matmut Protection Juridique, 66 rue de Sotteville, 76100 Rouen. Afin de répondre à nos obligations légales, des traitements visant à lutter contre la fraude à l'assurance, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme sont également mis en œuvre.

HONORAIRES ET FRAIS GARANTIS 2016

RECOURS MÉDICAL

Les plafonds et montants garantis sont applicables pour un même sinistre. Constitue un même sinistre, l'ensemble des demandes ou réclamations auquel 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*

- Honoraires d'avocat : 370 €
(pour l'ensemble de l'intervention de l'avocat)
- Expertise médicale : 163 €
- Expertise immobilière : 1 957 €
- Autre expertise matérielle : 118 €

* Les frais de défense amiable engagés par l'assuré ne sont pris en charge qu'en cas de survenance d'un conflit d'intérêts tel que défini dans les Conditions Générales ou la notice d'information relatives à la garantie ou lorsque l'adversaire de l'assuré 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 :	441 €*	412 €*
- Démarche au Parquet pour obtention de procès-verbaux :	104 €	104 €
- Tribunal de Police :	649 €*	628 €*
- Tribunal Correctionnel :	741 €*	708 €*
- Chambre de l'instruction :	631 €*	611 €*
- Procédure criminelle		
Assistance à instruction :	509 €	482 €
Cour d'Assises : 1ère instance ou appel (par jour d'audience dans la limite de cinq jours) :	971 €	971 €
- SARVI	274 €*	254 €*
- CIVI	771 €*	737 €*
- Juge de proximité :	624 €*	598 €*
- Tribunal d'Instance :	624 €*	598 €*
- Tribunal de Grande Instance et Tribunal Administratif :	771 €*	737 €*
- Tribunal de Commerce :	771 €*	737 €*
- Juge de l'Exécution :	441 €	412 €
- Commission Régionale de conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et infections nosocomiales		
Constitution du dossier et instruction :	471 €	445 €
Assistance à liquidation :	213 €	203 €
- Autres commissions et juridictions :	771 €*	737 €*
- Référé		
Expertise et/ou provision :	477 €*	454 €*
Autres référés (civil et administratif) :	610 €*	580 €*
- Présentation ou défense à requête :	337 €	319 €
- Incident devant le Juge de la mise en état :	403 €	385 €
- Cour d'Appel		
Référé 1er Président :	610 €*	587 €*
Affaire au fond :	771 €*	737 €*
Postulation :	678 €*	678 €*
- Cour de Cassation et Conseil d'Etat		
Consultation :	1 006 €*	1 006 €*
Mémoire :	1 006 €*	1 006 €*
- Assistance à expertise (sur accord exprès de nos services) :	508 €	481 €
- Assistance à instruction (sur accord exprès de nos services) :	509 €	482 €
- Assistance à médiation :	649€	628 €
- Expertise médicale :	163 €	163 €

- Expertise immobilière :	1 957 €	1 957 €
- Expertise comptable :	984 €	984 €
- Autre expertise matérielle :	118 €	118 €
- Arbitrage :	771 €	737 €
- 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 ou cette commission, y compris toute démarche – ou phase – préalable, obligatoire ou non. Elle concerne tous les honoraires et frais, notamment la préparation du dossier, la plaidoirie et les frais inhérents à la gestion du dossier.



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 AVANTAGES SOUTIEN FINANCIER ET DE LA GARANTIE ALLOCATION OBSÈQUES

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. Ce contrat est régi par le code des assurances. Toutes actions en dérivant se prescrivent par 2 ans, conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 dudit code.

Assureur : COVEA FLEET - 160 rue Henri Champion 72100 LE MANS - RCS B 342 815 339. Entreprise régie par le code des assurances. S.A. à directoire et conseil de surveillance au capital de 93 714 549 €. 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 bénéficier 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 des 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 thérapie 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 de l'indemnité ne peut avoir lieu.

ARTICLE 2 - GARANTIES ACCORDEES

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) et polypathologies (ALD-32),
- a) nous prenons en charge 12 mois de cotisation, sur la base de la cotisation annuelle TTC fixée au dernier terme principal émis ou au dernier avenant validé à la date de réalisation du risque, dans la limite de 1.500,00 euros par sinistre et par année d'assurance.
- b) nous remboursons les abonnements aux activités sportives dans la limite de 500,00 euros 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 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 ETRE DELIVREE A L'ASSURE :

- EN CAS DE SUSPENSION OU RESILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE SANTE,
- EN CAS DE NON REGULARISATION DES COTISATIONS EMISES AU TITRE DU PRESENT CONTRAT,
- EN CAS DE NON JUSTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR D'UN LICENCIEMENT ECONOMIQUE,
- EN CAS DE FAILLITE FRAUDULEUSE,
- EN CAS D'ABSENCE DE JUGEMENT DE DEPOT DE BILAN DE LA SOCIETE RENDU PAR LE TRIBUNAL DE COMMERCE,
- EN CAS DE NON-CLASSIFICATION EN AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (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.

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

- 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 polyathologies (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 polypathologies.

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 RECLAMATIONS

En cas de difficultés, l'assuré devra d'abord consulter son interlocuteur habituel. Si sa réponse ne le satisfait pas, il pourra adresser sa réclamation au Service Qualité de COVEA FLEET - 160 rue Henri Champion 72035 LE MANS CEDEX 1 ou solliciter l'avis du Médiateur. Les conditions d'accès à ce Médiateur seront communiquées sur simple demande à l'Assureur.

ARTICLE 5 - LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

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'ASSURE NE RESPECTE PAS LES DELAIS OU NE SE SOUMET PAS A CES OBLIGATIONS, IL POURRA ETRE DECHU DE TOUT DROIT A INDEMNITE POUR CE SINISTRE ET/OU LITIGE SI NOUS POUVONS APPORTER LA PREUVE QUE LE NON-RESPECT DE CETTE OBLIGATION NOUS A FAIT SUBIR UN PREJUDICE.

· TOUTE DECLARATION INEXACTE, TOUTE RETICENCE OU OMISSION VOLONTAIRE QUANT AUX FAITS AYANT DONNE NAISSANCE AU LITIGE ET/OU SINISTRE OU QUANT AUX ELEMENTS POUVANT SERVIR A SA SOLUTION ENTRAINE LA DECHANCE DU DROIT A GARANTIE POUR LE LITIGE ET/OU LE SINISTRE CONSIDERE.

· DANS LE CAS OU IL S'AVERERAIT QUE NOUS AURIONS ETE AMENES A DECLANCHER NOS GARANTIES ALORS QUE LE BENEFICIAIRE N'ETAIT PLUS OU PAS ASSURE, LES FRAIS ENGAGES LUI SERAIENT INTEGRALEMENT REFACTURES, DE MEME S'IL AVAIT VOLONTAIREMENT FOURNI DE FAUSSES INFORMATIONS SUR LES CAUSES L'AMENANT A DEMANDER NOTRE INTERVENTION.

GARANTIE DÉCÈS (Exonération des cotisations santé ou frais d'obsèques)

La Garantie Décès est souscrite auprès de la société HENNER [S.A. 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, 92 200 Neuilly-sur-Seine. Immatriculation ORIAS n° 07.002.039. Relevant du contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).], au profit des assurés d'un contrat santé géré par le CENTRE DE GESTION.

1. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir aux membres participants de l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA (ci-après dénommée l'Adhérent) ainsi qu'aux membres de leur famille tels que désignés ci-dessous :

- une garantie de base en cas de décès destinée en priorité à couvrir tout ou partie des primes du contrat Santé ;
- une garantie optionnelle destinée à couvrir tout ou partie des frais d'obsèques ;
- une prestation d'assistance

Ces garanties résultent du contrat assuré par Allianz Vie pour la couverture Décès et Garantie Assistance pour le risque Assistance.

2. ASSURÉS ET BÉNÉFICIAIRES

ASSURÉS

Sont obligatoirement assurés à HENNER, pour le bénéfice de la garantie de base, l'ensemble des membres participants de l'Adhérent, âgés de moins de 65 ans à la date de leur souscription et assurés dans le cadre d'un contrat Santé.

Les assurés pourront souscrire une garantie optionnelle en complément de la garantie de base au moment de leur souscription au contrat Santé.

BÉNÉFICIAIRES

Outre le membre participant, âgé de moins de 65 ans, peuvent bénéficier des garanties au titre d'une cotisation familiale :

- le conjoint non séparé de corps du membre participant ou le partenaire lié au participant par un pacte Civil de Solidarité ou, à défaut, le concubin déclaré du participant (déclaration faite à l'appui d'un certificat de concubinage ou d'attestation sur l'honneur signée des deux intéressés ainsi que de deux témoins, datant de moins d'un an) ;
- les enfants du membre participant fiscalement à charge au sens de la législation française en vigueur et relevant du foyer fiscal de l'assuré.

3. GARANTIES : MONTANT, PRISE D'EFFET, CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE ET CESSATION

MONTANT DES GARANTIES

Garantie de base : 1 000 €

Cette garantie est versée en cas de décès d'un membre participant, de son conjoint (partenaire lié par un 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.

Garantie optionnelle (Allocation Obsèques) : 1 000 €

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

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties sont acquises dès la souscription au contrat Santé par le membre participant et ce, quelle que soit la cause du décès.

CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

• Garantie de base : 1 000 €

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)

Cette prestation est versée à concurrence des frais engagés et dans la limite de 1.000 € :

• 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.

Pour chaque dossier, les pièces suivantes doivent être adressées à HENNER :

- un certificat de décès ;
- une attestation fournie par l'Adhérent mentionnant le montant nécessaire à couvrir les primes du contrat Santé ;
- lorsque la garantie est affectée en totalité ou partiellement aux frais d'obsèques :

- la facture acquittée des prestations effectuées par l'entreprise de Pompes Funèbres mentionnant le nom de la personne l'ayant acquittée lorsque le tiers payant n'est pas appliqué

- tout autre justificatif nécessaire au règlement garanti (certificat de concubinage...)

HENNER règle les sommes dues dans les 48 heures suivant la réception des pièces justificatives ci-dessus.

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse pour chaque membre participant dans les conditions suivantes :

- en cas de résiliation de l'adhésion souscrite par l'Adhérent ;
- pour le membre participant, dès que le lien qui l'unit à l'Adhérent est rompu ;
- en cas de décès du membre participant ;

- pour le membre participant ayant opté pour la seule garantie de base, le 31 décembre de l'année du 65ème anniversaire au plus tard ;
- pour les membres de la famille assurés, dès cessation de la garantie du membre participant ou dès lors qu'ils ne remplissent plus les conditions pour être couverts,
- en cas de non paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article «Défaut de paiement des cotisations».

Il est toutefois expressément convenu que les membres participants ayant souscrit la garantie optionnelle avant l'âge de 65 ans continuent d'être assurés au titre de cette garantie au-delà du 65ème anniversaire.

4. EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties, les risques suivants :

Risques de guerre :

- Pour les risques survenant dans les états composant l'Espace Economique Européen : les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire.
- Pour les risques survenant hors des états composant l'Espace Economique Européen : au cas où la France est impliquée dans une action militaire ou de police et sauf convention contraire particulière, les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire se produisant dans le ou les pays où la France est impliquée. Dans le cas contraire, l'exclusion ne s'applique que lorsque l'assuré prend une part active à l'événement.

Risques aériens :

- Les conséquences d'un accident survenu au cours de compétitions, démonstrations aériennes, acrobaties, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire.
- Par ailleurs, les conséquences d'un accident de la navigation aérienne ne sont garanties que dans le cas où l'assuré se trouve à bord d'un avion muni d'un certificat de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, le pilote pouvant être l'assuré lui-même.

Autres risques :

- le suicide de l'assuré au cours de la première année d'assurance ;
- les conséquences d'un attentat, ou d'une tentative d'attentat, sauf si l'assuré n'y prend pas une part active.

5. COTISATIONS

La cotisation est payable selon la périodicité prévue au contrat Santé par chaque membre participant.

Les cotisations peuvent être révisées au terme de chaque année en fonction des résultats techniques enregistrés. Le montant des cotisations exigibles pour l'exercice suivant doit être communiqué à l'Adhérent par HENNER, deux mois avant l'échéance annuelle de son adhésion. En cas de refus de l'Adhérent, HENNER pourra procéder à la résiliation de son adhésion à effet de sa date d'échéance.

6. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non paiement des cotisations à leur échéance, les garanties seront suspendues pour les assurés de l'Adhérent 30 jours après l'envoi à l'Adhérent par HENNER de la lettre recommandée de mise en demeure

prévue à l'article L 113-3 du Code des Assurances.

Dix jours après l'expiration de ce délai de 30 jours, si les cotisations ne sont toujours pas payées, l'adhésion sera résiliée sans autre avis par HENNER conformément aux dispositions des articles L 113-3 et L 141-3 du Code des Assurances.

En tout état de cause, les sinistres intervenus entre le début de la suspension des garanties et la résiliation de l'adhésion ne seront pas pris en charge par HENNER

7. RELATIONS CONSOMMATEURS

Lorsque des assurés souhaitent obtenir des précisions, ils s'adressent à HENNER Département La Garantie Obsèques au 14 boulevard du Général Leclerc - 92 200 Neuilly-sur-Seine.

Allianz Vie adhère à la charte de la Médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA). L'interlocuteur habituel d'Allianz Vie est en mesure d'étudier toutes les demandes et réclamations. Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfaisaient pas les attentes, une réclamation peut être adressée à :

Allianz Vie - Médiation Assurances de Personnes

Case Courrier 1304 - 20, place de Seine - 92086 La Défense Cedex

Enfin, en cas de désaccord définitif, il est possible de faire appel au médiateur de la FFSA, dont Allianz Vie fournira les coordonnées sur simple demande, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

8. LES SERVICES PERSONNALISES

Les personnes assurées peuvent bénéficier d'un certain nombre de services personnalisés mis à leur disposition par l'Association La Garantie Obsèques concernant l'indemnité totale ou partielle allouée aux frais d'obsèques

Tél. 01 55 62 53 19 ou 01 55 62 53 20.

• Tiers payant :

Emission d'un accord de prise en charge à l'entreprise de pompes funèbres choisie, en fonction du montant du devis et à concurrence de la garantie souscrite. Le montant de cette prise en charge est alors déduit de la facture.

• Remboursement direct :

Si l'option du tiers payant n'est pas adoptée, remboursement des frais d'obsèques à la personne qui les a acquittés, dès réception du bulletin de décès et de la facture acquittée des frais d'obsèques.

• Conditions préférentielles :

La Garantie Obsèques a passé des accords auprès des principaux réseaux de pompes funèbres prévoyant des conditions préférentielles (ex : système d'abondement sur la prise en charge des frais d'obsèques, remise sur certains articles et fournitures funéraires...)

• Interventions, information et conseils

Intervention soit directement, soit en liaison avec les différentes Fédérations de Pompes Funèbres, pour l'application des prestations à des tarifs contrôlés.

Conseils sur les devis d'opérateurs funéraires, demande de réalisation de devis auprès des opérateurs funéraires partenaires de l'Association La Garantie Obsèques.

OPTION SOLUTION FINANCEMENT SANTÉ

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.